Nr. 18. 4. maja 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Wł. ELMER, L. PTASZEK, M. SCHEPS. Lwów.

Badania kliniczno-doświadczalne działania vasopressyny i oksytocyny na ruchy robaczkowe jelit oraz leczenie vasopressyną porażeń jelitowych *(ileus paraliticus)*[1]).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. M. Franke
i z Oddz. W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Prym.: Doc. Dr. W. Czernecki.

Jak już dzisiaj wiadomo, pituitryna nie jest jednolitym hormonem, lecz składa się z większej liczby hormonów, z których Kamm i jego współpracownicy (1) zdołali w r. 1928 wyosobnić dotychczas dwa, a mianowicie vasopressynę i oksytocynę. Vasopressyna i oksytocyna w działaniu odmienne, obie razem posiadają wszystkie właściwości pituitryny. Vasopressyna charakteryzuje się głównie działaniem na przemianę wody i soli (działanie przeciwmoczopędne), wzmaganiem parcia krwi i peristaltyki jelit, oksytocyna zaś wzmaga tylko skurcze macicy. Nad innemi właściwościami tych hormonów, jako niezasadniczemi (wpływ na melanofory, krzepnięcie krwi, przemianę węglowodanową[2])), nie będziemy się tutaj zatrzymywali. Należy zauważyć, że nie jest zupełnie ustalonem, czy też i vasopressyna jest jednolitym hormonem, albowiem badania Drapera (2) zdają się przemawiać za tem, że od vasopressyny należy oddzielić hormon regulujący przemianą wody i soli.

W okresie naszych badań porównawczych, przeprowadzanych w r. 1928 i 1929 (3), nad działaniem vasopressyny i pituitryny na przemianę wody i soli w moczówce prostej, stwierdziliśmy ubocznie, że vasopressyna wstrzyknięta podskórnie w ilości 10—20 jednostek powoduje między innymi objawami pojawienie się silnych bólów brzucha i bardzo wybitnych wypróżnień. Po mniejszej dawce objawy te zaznaczały się słabiej, krócej i nie stale, lub wogóle nie występowały; równocześnie działanie przeciwmoczopędne było też znacznie słabsze. Z powodu stałego pojawiania się tych bardzo wybitnych objawów jelitowych uważaliśmy stosowanie vasopressyny na drodze podskórnej jako nienadające się do leczenia à la longue moczówki prostej i wypowiedzieliśmy się natomiast za jej stosowaniem donosowem z uwagi na to, że wpływ vasopressyny na moczenie i wydzielanie chlorków występował w całej pełni, zaś do objawów jelitowych zupełnie nie dochodziło.

Natomiast już wówczas przyszła nam myśl, aby ten bardzo silny, nieraz wprost gwałtowny wpływ vasopressyny wstrzykniętej podskórnie na przewód pokarmowy wykorzystać w leczeniu porażeń jelitowych *(ileus paraliticus)*. Do tego skłanialiśmy się przedewszystkiem z tego względu, że porażenia jelit dają wielki odsetek śmiertelności a najsilniejsze znane dotychczas środki przeciwporażenne, jak pituitryna, fizostygmina, pilokarpina, atropina, peristaltyna, sól kuchenna dożylnie stosowana, neohormonal i inne, często zawodzą. W tym celu rozpoczęliśmy jeszcze przed rokiem systematyczne badania działania vasopressyny na peristaltykę jelit zarówno u ludzi zdrowych i chorych na porażenie jelit, jak i na zwierzętach. Już na wstępie naszych spostrzeżeń uderzało nas stale, że vasopressyna wywierała znacznie silniejszy wpływ na peristaltykę jelit, niżli pituitryna. Uderzało nas to z tego względu, że vasopressyna jest zawarta też w pituitrynie. Nasunęło nam się wtenczas przypuszczenie, że drugi składnik pituitryny t. j. oksytocyna jest hormonem antagonistycznym, a ponieważ jest go znacznie mniej, niż vasopressyny, więc nie znosi zupełnie działania vasopressyny zawartej w pituitrynie, tylko je osłabia. Tem więc należałoby tłumaczyć, dlaczego vasopressyna jako hormon wyosobniony a więc wolny od oksytocyny wywiera silniejsze działanie na peristaltykę jelit, niżli pituitryna. Wychodząc z tego założenia, rozpoczęliśmy badania na zwierzętach, chcąc się przekonać czy nasze przypuszczenie o antagoniźmie jest słuszne. Zanim przejdziemy do omówienia naszych doświadczeń na zwierzętach, to chcielibyśmy wpierw zaznaczyć, że w przeciwieństwie do ustalonych poglądów na wzmagające działanie vasopressyny na peristaltykę jelit, poglądy na działanie oksytocyny nie są jeszcze całkowicie ustalone. Pewnem było tylko, że oksytocyna wzmaga skurcze macicy, ale czy wywiera ona też jakieś działanie na inne mięśnie gładkie, a zwłaszcza jelit, nie zostało wyświetlone. Sami wynalazcy, Kamm i jego współpracownicy, podnoszą, że *„further experiments must be perfomed to settle the matter wheter vasopressin alone has this activity, or whether oxytocin also stimulates peristalsis but to a lesser degree"* (dalsze doświadczenia muszą być przedsięwzięte celem ustalenia, czy vasopressyna sama ma tę właściwość, czy też oksytocyna pobudza peristaltykę, ale w słabszym stopniu). Wedle Isaac'a i Siegla (4) oksytocyna[3]) działa tylko na macicę, nie wykazuje zaś żadnego wpływu na peristaltykę jelit.

Część doświadczalna.

Badania wpływu vasopressyny i oksytocyny na ruchy robaczkowe jelit cienkich i grubych przeprowadzaliśmy na królikach i psach. Badania nasze opierały się na bezpośredniem spostrzeżeniu zachowania się skurczów jelit *in situ* zwierzęcia w uśpieniu chloralozowem oraz wyosobnionych pętli jelitowych.

Badania peristaltyki jelit in situ. W badaniach naszych przeprowadzonych *in situ* stwierdziliśmy, że vasopressyna wstrzyknięta podskórnie wzmaga bardzo wybitnie skurcze jelit cienkich i grubych, czego zaś nie czyni oksytocyna. Ruchy robaczkowe jelit wzmagały się w zależności od wysokości dawki. Wzmożenie peristaltyki występowało dość szybko po upływie 1—6 minut, trwało kilka do kilkunastu minut, poczem peristaltyka powracała do pierwotnego nasilenia.

Badania peristaltyki na pętlach wyosobnionych. Ponieważ metoda badania *in situ* nie pozwalała nam na ścisłą ocenę wzajemnego stosunku obu hormonów w odniesieniu do ich wpływu na czynność jelit, przeprowadziliśmy badania na jelitach wyosobnionych.

Technika. W uśpieniu chloralozowem lub bezpośrednio po zabiciu zwierzęcia nieuśpionego wycinano małe odcinki pętli jelit, wypłukiwano ich zawartość płynem Ringer-Locke'go ogrzanym do ciepłoty 37° i umieszczano je w specjalnem naczyniu do badań narządów wyosobnionych, zawierającem płyn Ringer-Locke'go o ciepłocie 37—38° C. Ruchy jelit notowano przy stałym dopływie tlenu zapomocą bardzo lekkiego pisaka na papierze okopconym. Po zapisaniu pewnej liczby skurczów prawidłowych wkraplano do naczynia odpowiednie ilości vasopressyny czy też oksytocyny, zazwyczaj w ilości 1—5 jednostek na 50 cm^3 płynu Ringer-Locke'go.

Wpływ vasopressyny na peristaltykę jelit. — Vasopressyna wkraplana w ilości 1—5 jednostek powoduje prawie natychmiastowe wzmożenie skurczów jelita (rys. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), niekiedy zaś po lekkiem, krótkotrwałem zmniejszeniu lub zupełnem zahamowaniu skurczów jelitowych. Należy podnieść, że skurcze te występują wybitniej w jelicie grubem, niżli cienkiem, zgodnie z dotychczasowymi wynikami doświadczeń przeprowadzonych z pituitryną.

Wpływ vasopressyny i pituitryny na peristaltykę jelit. Z zachowania się przebiegu krzywych (rys. 2, 3 i 4) widać, że vasopressyna wzmaga wybitniej, niżli pituitryna skurcze jelita. Różnica ta zaznacza się silniej na jelicie grubem (rys. 3 i 4), niżli cienkiem (rys. 2.). Bardzo ciekawem jest doświadczenie przeprowadzone na jelicie grubem, osłabionem pod względem swej żywotności przez długotrwałe niedostarczenie dowozu tlenu. Z przebiegu bowiem krzywej (rys. 4) widać, że pituitryna zrazu bardzo słabo wpłynęła na wzmożenie się skurczów jelitowych, później wogóle nie wywarła wpływu, w przeciwieństwie do vasopressyny, która spowodowała za każdym razem pojawienie się nasilonych skurczów.

---

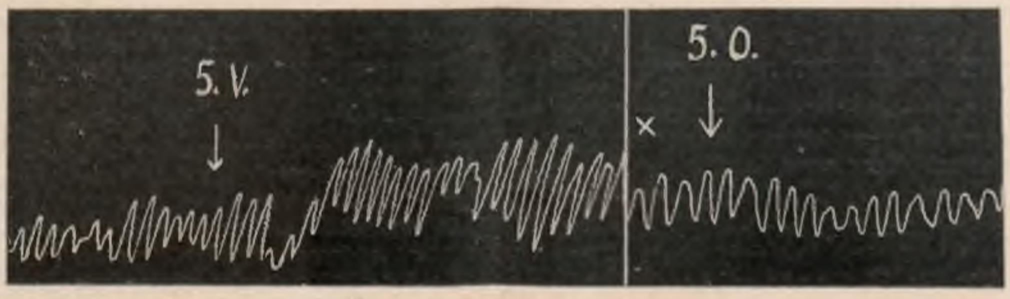
[1]) Wedle odczytu wygłoszonego dnia 28. III. 1930 r. w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

[2]) Wpływ vasopressyny i oksytocyny na przemianę węglowodanową będzie tematem oddzielnej pracy.

[3]) Autorowie ci używali orastyny, identycznej z oksytocyną.

Wpływ oksytocyny na peristaltykę jelit. Oksytocyna wkraplana w ilości 2—5 jednostek w żadnem z naszych doświadczeń nie spowodowała wzmożenia się skurczów jelitowych. Natomiast wywierała ona działanie wprost przeciwne na peristaltykę jelit, które jednak nie zaznaczało się zawsze jednakowo. Najczęściej przychodziło do zmniejszenia się skurczów jelitowych (rys. 5 i 7), wkraplać w pewnych odstępach czasu pewne ilości vasopressyny, to najczęściej wzmożenie skurczów nie pojawia się.

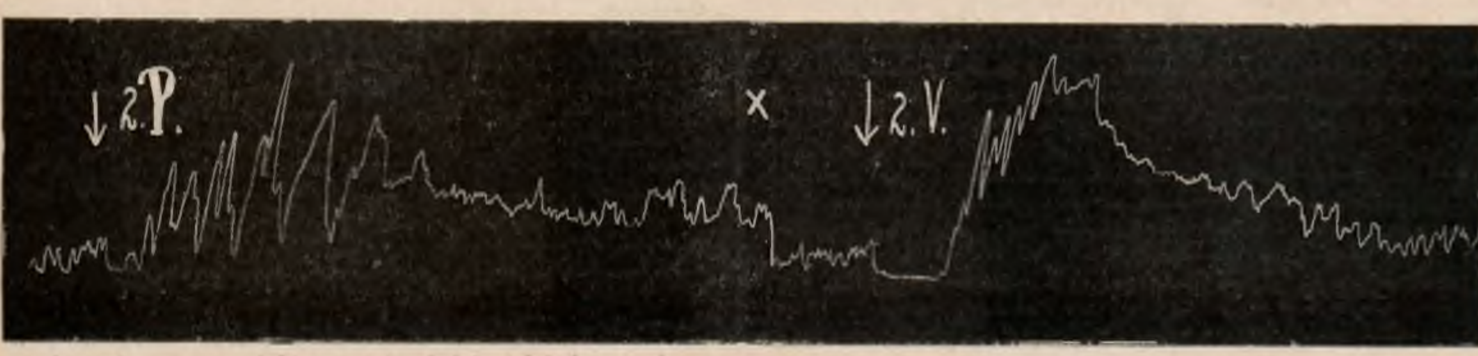
Doświadczenia nasze wykonane na większym materjale zwierzęcym pouczają nas, że z jednej strony vasopressyna wzmaga wybitniej, niżli pituitryna peristaltykę jelit, z drugiej zaś strony przemawiają za tem, że istnieje antagonizm między vasopressyną



Krzywa 1.
Działanie wasopressyny i oksytocyny oddzielnie stosowanych na ruchy robaczkowe jelita cienkiego (czczego) króliczycy (wagi 3.200 g). 5. V. = 5 jednostek wasopressyny. X = płókanie trzykrotne płynem Ringer-Locke'go. 5.0 = 5 jednostek oksytocyny. Wasopressyna wzmaga wybitnie po krótkotrwałem zahamowaniu skurcze jelita, oksytocyna zaś nie wpływa na skurcze jelita.



Krzywa 2.
Porównawcze działanie pituitryny i wasopressyny na skurcze jelita cienkiego (czczego) króliczycy (wagi 2.500 g). 1. P. = 1 jednostka pituitryny. 1. V. = 1 jednostka wasopressyny. X — trzykrotne wypłókanie płynem Ringer-Locke'go. Wydatniejsze i dłużej utrzymujące się skurcze jelita po wasopressynie, niżli po pituitrynie.



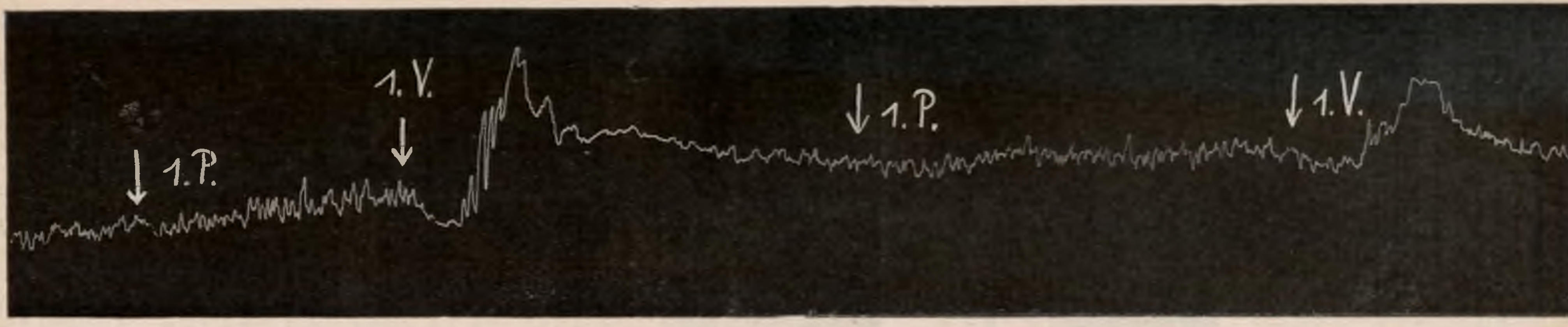
Krzywa 3.
Porównawcze działanie pituitryny i wassopressyny na skurcze jelita grubego (esicy) króliczycy (wagi 3.100 g). Wybitniejsze skurcze jelita po wasopressynie, niżli po pituitrynie.

połączonego często z zupełnem, nieraz długoczasowem zahamowaniem się skurczów (rys. 6 i 8). Niekiedy zahamowanie było bardzo krótkie, poczem krzywa przebiegała nadal prawidłowo. Bardzo rzadko oksytocyna nie wywierała większego wpływu na przebieg krzywej.

Wpływ vasopressyny i oksytocyny na peristaltykę jelit. Najciekawszym jest wpływ równocześnie lub w pewnych odstępach stosowanych obu hormonów na skurcze jelit. Jeżeli dać równocześnie vasopressynę z większą ilością oksytocyny (rys. 6 i 7), to wzmożenie skurczów, zależne od vasopressyny, nie zaznacza się zupełnie, naskutek przeważającego działania hamującego oksytocyny. Jeżeli dać oba hormony równocześnie, ale w równych ilościach (rys. 7 i 8), wówczas przeważa wpływ vasopressyny, dzięki czemu skurcze rosną, jednak nie tak wybitnie jak po zastosowaniu tej samej ilości vasopressyny bez oksytocyny. Jeżeli dać wpierw większą ilość oksytocyny a potem dopiero kolejno a oksytocyną w odniesieniu do działania ich na peristaltykę jelit. Antagonizm ten wyjaśnia nam, dlaczego vasopressyna działa silniej, niżli pituitryna. Pituitryna bowiem zawiera obok vasopressyny oksytocynę, która osłabia działanie vasopressyny zawartej w pituitrynie. Chcemy zauważyć, że z badań B u r n e'a i B u r n'a (5) wynika, że antagonizm ten zdaje się nie istnieć w odniesieniu do działania ich na macicę. Natomiast podobny antagonizm istnieje w odniesieniu do krzepnięcia krwi; vasopressyna bowiem zwiększa, oksytocyna zaś zmniejsza krzepliwość krwi (C u r t i s i P i c h e r i n g (6)).

C z ę ś ć k l i n i c z n a.

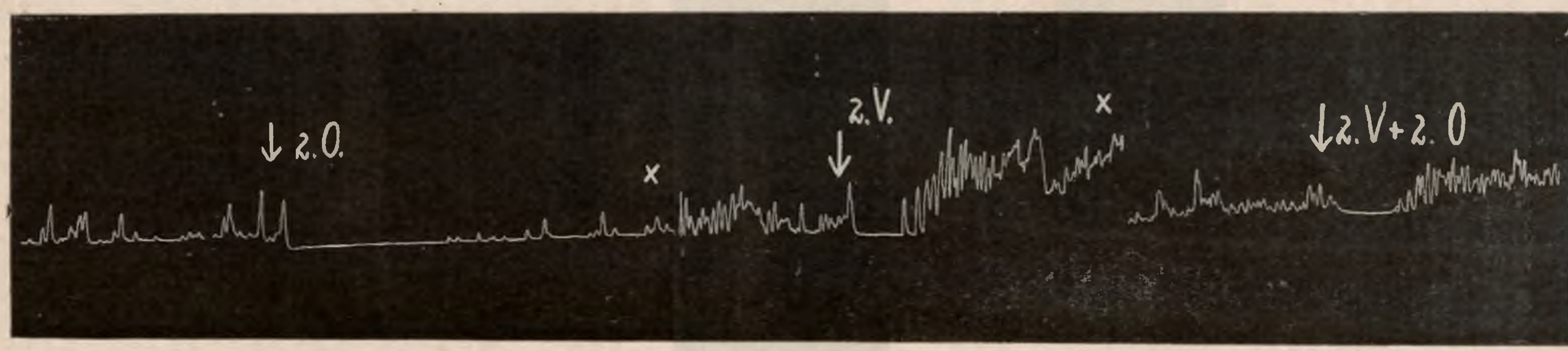
Z uwagi na bardzo silne działanie vasopressyny na peristaltykę jelit zachowywaliśmy w stosowaniu jej u ludzi wielką ostrożność. Stosowaliśmy vasopressynę tylko w przypadkach niedrożności porażennej *(ileus paraliticus)*, potwierdzanej najczęściej



Krzywa 4. Porównawcze działanie wasopressyny i pituitryny na jelito grube żywotnie osłabione królika (wagi 2.020 g). — Zrazu pituitryna wywiera działanie nieznaczne, wasopressyna zaś wywiera wpływ nieporównanie silniejszy. Ponownie stosowana pituitryna pozostaje zupełnie bez wpływu na skurcz jelit, wasopressyna zaś ponownie zastosowana wzmaga skurcze jednak słabiej, niźli poprzednio.



Krzywa 7. Działanie wasopressyny i oksytocyny razem i oddzielnie stosowanych na skurcze jelita cienkiego (czczego) królika (wagi 2.400 gr). Antagonistyczne zachowanie się obu hormonów. — Dwie jednostki wasopressyny z 5 jednostkami oksytocyny nie wzmagają skurczów jelita, które pod wpływem przewagi oksytocyny ulegają częściowemu zahamowaniu. Po 3-krotnem wypłókaniu skurcze jelita wracają do pierwotnego nasilenia a po dodaniu samej wasopressyny w ilości 2 jednostek wybitnie się wzmagają. Po 3-krotnem wypłókaniu skurcze jelita stają się prawidłowe, a po dodaniu 2 jednostek wasopressyny i 2 jednostek oksytocyny skurcze jelita wzmagają się nieznacznie.

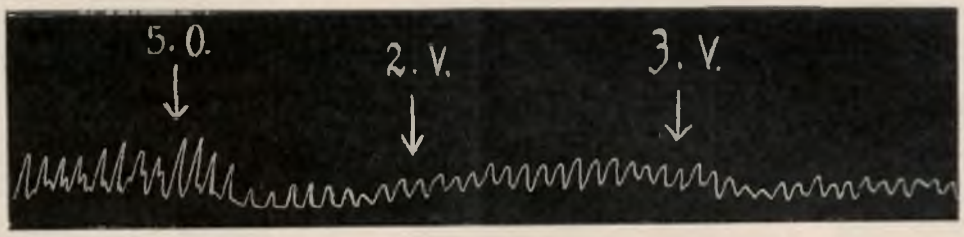


Krzywa 8. Działanie oksytocyny i wasopressyny oddzielnie i razem stosowanych na jelito grube wstępujące królika wagi 2.020 g. Antagonistyczne działanie obu hormonów. Dwie jednostki oksytocyny (2.0) hamują zupełnie skurcze jelita. Po 3-krotnem wypłókaniu (X) skurcze powracają, a po zadziałaniu 2 jednostek wasopressyny (2. V.) wybitnie się wzmagają. Po ponownem wypłókaniu (X) pojawiają się z powrotem prawidłowe skurcze, które po zadziałaniu równoczesnem równych ilości wasopressyny i oksytocyny (2. V. + 2. 0) się wzmagają, ale znacznie słabiej.

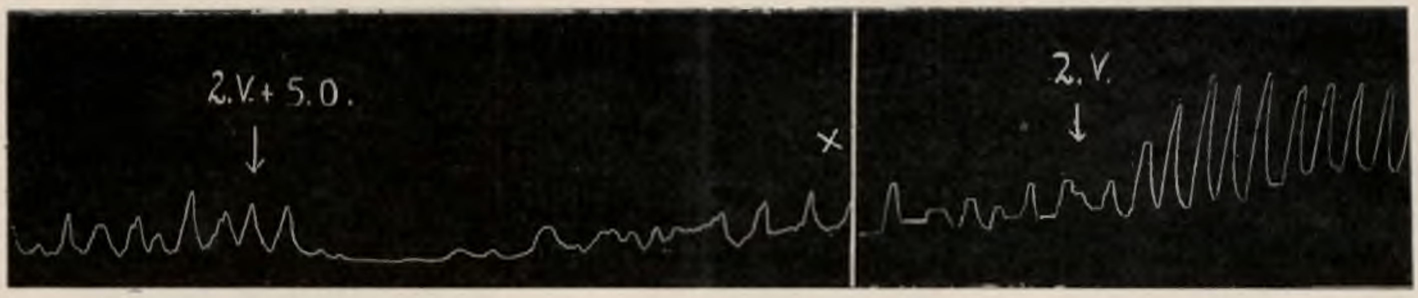
przez laparatomję, a wykluczaliśmy przypadki z tłem mechanicznem niedrożności. Nie będziemy przedstawiali tutaj opisu wszystkich naszych przypadków, ograniczymy się tylko do tych, w których inne środki a w szczególności pituitryna zawodziły [4]).

Przyp. 1. [5]). U chorego H. Sch., lat 33, w dwa dni po operacji wykonanej 11. VII. 1929 wskutek *apendicitis perf. gangr.* i *peritonitis circump.* rozpoczęło się porażenie jelit, które w czwartym dniu przedstawiało się bardzo groźnie: ogromna bębnica rozlana, silne bóle brzucha, nudności, wymioty żółciowe, czkawka, pragnienie, tętno bardzo przyśpieszone, *facies abdominalis.* Przez okres tych kilku dni stosowano wysokie wlewania doodbytnicowe, przyczem rurka gumowa stale tkwiła w odbytnicy, płókania żołądka, wstrzykiwania dożylne po 20 cm^3 20% roztworu soli kuchennej w odstępach 3-godzinnych, wstrzykiwania podskórne pituitryny po 10 jednostek w odstępach 4-godzinnych, wstrzykiwania atropiny (0.5 mg). i fizostygminy (0.5 mg) raz na dzień. Pobrzucha i wystąpiło ogólne osłabienie. Przez kilka dni z rzędu stosowano wysokie wlewania doodbytnicowe, wstrzykiwano podskórnie 3 razy dziennie po 10 jednostek pituitryny oraz 2 razy dziennie po 1 mg atropiny. W 4-ym dniu porażenia jelit (24. VII. 1929) wobec wybitnego pogorszenia się stanu chorej i braku efektu leczniczego, wstrzyknięto wieczorem 10 jednostek vasopressyny podskórnie. Po 12-u minutach odeszły wiatry wraz z małą ilością stolca, który po zastosowaniu lewatywy wybitnie się wzmógł. Bóle brzucha ustąpiły, bębnica zmalała. W nocy i na drugi dzień rano chora oddała obficie kilkakrotnie stolec.

Przyp. 3. U chorego T. S., lat 34, wystąpiło porażenie jelit w trzy dni po operacji, wykonanej 26. XI. 1929 z powodu *pericholecystitis.* Wiatry i stolce nie odchodzą, wielka i rozlana bębnica brzucha, nudności, pragnienie, ogólne osłabienie, tętno bardzo przyśpieszone, ciepłota ciała 38,2° C. Tegoż dnia zastosowano wysokie lewatywy oraz wstrzykiwania podskórne pitu-



Krzywa 5.
Działanie oksytocyny i następowo dwukrotnie zastosowanej wasopressyny na skurcze jelita cienkiego (czczego) króliczycy (wagi 2.000 g). Działanie antagonistyczne. Oksytocyna wywiera częściowo działanie hamujące na skurcze jelita. Wasopressyna następowo dwukrotnie dodana do tego samego płynu zahamowania nie znosi i do wzmożenia skurczów nie przychodzi.



Krzywa 6.
Działanie wasopressyny i oksytocyny razem i oddzielnie stosowanych na skurcze jelita cienkiego (czczego) królika (wagi 3.000 g). Działanie antagonistyczne obu hormonów. Dwie jednostki wasopressyny stosowane jednocześnie z 5 jednostkami oksytocyny nie wzmagają skurczów jelita, przeciwnie pod wpływem przewagi oksytocyny występuje zahamowonie skurczów. Po wypłukaniu trzykrotnem skurcze jelita wracają, a po dodaniu samej wasopressyny bardzo wybitnie się wzmagają.

zatem chory otrzymywał gorące okłady na brzuch. Pomimo tych wszystkich zabiegów nie można było wywołać odejścia wiatrów i stolca, ani nawet uczucia potrzeby oddania stolca. Dnia 15. VII. 1929 wstrzyknięto 10 jednostek vasopressyny podskórnie. Już po kilkunastu minutach wystąpiło uczucie kręcenia w brzuchu i potrzeby oddania stolca, w 25-ej minucie wystąpiły kilkakrotnie gwałtowne wiatry, poczem bóle brzucha ustały i nastąpiła natychmiastowa ulga, w 40-ej minucie chory oddał stolec, który wzmógł się obficie po podaniu lewatywy, a w nocy kilkakrotnie się powtórzył. Na drugi dzień ogólny stan chorego nieporównanie lepszy, jednak wobec powtórnego zatrzymania stolców, wstrzyknięto powtórnie 10 jednostek vasopressyny ze skutkiem bardzo korzystnym; wiatry i stolce odeszły kilkakrotnie. Odtąd czynność jelitowa została przywrócona.

Przyp. 2. [6]). U chorej N. M., lat 34, w dwa dni po porodzie bliźniąt (19. VII. 1929) wiatry i stolce nie odchodziły pomimo zażycia oleju rycynowego i wysokich wlewań doodbytnicowych. W ciągu następnych dni stan chorej się pogorszył: wiatry i stolce nie odchodziły, bębnica rosła z dnia na dzień, wzmagały się bóle

[4]) JWPanu Prof. Dr. T. Ostrowskiemu najuprzejmiej dziękujemy za łaskawe zezwolenie nam korzystania z materjału oddziału chirurgicznego.

[5]) Przypadek obserwowaliśmy wspólnie z Dr. Chrapkiem.

[6]) Przypadek obserwowaliśmy wspólnie z Dr. Chrapkiem.

itryny po 10 jednostek i pilokarpiny po 0.01. Następnego dnia dołączyły się wymioty. O godz. 11-ej wstrzyknięto 10 jednostek pituitryny dożylnie, o godz. 12-ej 20 jednostek pituitryny domięśniowo, ale bez skutku. O godz. 2-iej wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny podskórnie. W kilka minut potem pojawiły się silne bóle brzucha połączone z uczuciem potrzeby oddania stolca, jednak ani wiatry ani stolce nie odeszły. Wobec tego o godz. 6-ej wieczorem wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny, ale domięśniowo. Już w 8 minut potem pojawiły się silne kurcze brzucha, połączone z wybitnem parciem na stolec, a w 20-ej minucie odeszły dwukrotnie gwałtowne wiatry, tak, że nastąpiła natychmiastowa i wybitna ulga. Stolce jednak nie odeszły. Wobec tego na drugi dzień rano wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny domięśniowo. W 6 minut potem pojawiły się bolesne kurcze brzucha, a w 45-ej minucie odeszły wiatry i stolec. Stan chorego poprawił się bardzo wybitnie, a drożność jelitowa została przywrócona.

Przyp. 4. U chorego P. J., lat 17, od 6-iu dni po operacji, wykonanej wskutek *peritonitis tbc.* (4. I. 1930), nie odchodzą ani wiatry ani stolec. W 6-ym dniu porażenia jelit stan chorego przedstawiał się bardzo ciężko (olbrzymia bębnica, połączona z wstawianiem się pętli, bóle brzucha, nudności, wymioty, silne wyczerpanie i t. p.). Pomimo zastosowania wysokich wlewań doodbytnicowych, wstrzykiwań podskórnych pilokarpiny, wstrzykiwań domięśniowych pituitryny po 20 jednostek *pro dosi,* wiatry i stolce nie odchodziły. Wobec tego rano o godz. 9.30 wstrzyknięto 10

jednostek vasopressyny podskórnie. W kilka minut potem pojawiły się bolesne kurcze brzucha połączone z uczuciem potrzeby oddania stolca, wiatry jednak nie odeszły. Wieczorem zaś wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny podskórnie z wynikiem dodatnim. W 5 minut potem pojawiły się bolesne kurcze, w 30-ej minucie odeszły wiatry a w 40-ej minucie stolce. W ciągu nocy pojawiły się kilkakrotnie samoistne wypróżnienia. W ciągu jednak następnych dni przyszło znowu do zatrzymania wiatrów i stolca wskutek zrostów otrzewnej, *(peritonitis tbc. plastica)* wobec czego vasopressyny więcej nie stosowano.

Przyp. 5. U chorego H. M., lat 38, wystąpiło ciężkie porażenie jelit dnia 20. XI. 1929 po zeszyciu pękniętych jelit *(vulnus ruptum jejuni post contusionem abdominis)*. Pomimo wielokrotnych wysokich wlewań doodbytnicowych, podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny po 0.01, domięśniowych wstrzykiwań pituitryny po 20 jednostek *pro dosi* i dożylnych wlewań 20% soli kuchennej, wiatry i stolce nie odchodziły. Dnia 23. XI. 1929 wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny podskórnie. W 10-ej minucie pojawiły się bolesne kurcze brzucha i parcie na stolec, w 25-ej minucie odeszły wiatry, a w 43-ej minucie stolce, jednak po lewatywie, która dotychczas była bezskuteczna.

Przyp. 6. U chorego A. L., lat 68, w trzy dni po operacji, wykonanej 9. III. 1930 z powodu *hernia incarcerata gangr.*, wystąpiło ciężkie porażenie jelit. Wysokie wlewania doodbytnicowe, podskórne wstrzykiwania pilokarpiny po 0.01 i pituitryny po 20 jednostek *pro dosi*, pozostały bez skutku. Dnia 12. III. 1930 wstrzyknięto 20 jednostek vasopressyny podskórnie: już w 3 minuty potem pojawiły się bolesne kurcze brzucha, w 5-ej minucie odeszły wiatry, które kilkakrotnie potem się powtarzały, a w 10-ej minucie oddanie stolca, które w ciągu dnia wielokrotnie się powtarzało.

* * *

Jak widzimy z opisu powyżej wymienionych przypadków ciężkich porażeń jelitowych, vasopressyna wywierała bardzo silne i skuteczne działanie przeciwporażenne.

Działanie vasopressyny. Działanie vasopressyny wstrzykniętej podskórnie w ilości 10—20 jednostek występowało dość szybko często do kilku minut, niekiedy po upływie pół godziny względnie i później. Jako wyraz tego działania występują kurcze brzucha, parcie na stolec, wiatry i stolce. Jeżeli objawy te nie wystąpią do godziny, to zazwyczaj już później się nie pojawiają i należy wówczas powtórzyć injekcję vasopressyny. Objawy te utrzymują się kilkanaście minut do 2—3 godzin.

Objawy towarzyszące. Działaniu temu na przewód pokarmowy towarzyszą jeszcze inne objawy, jak ogólna bladość, niekiedy wprost trupia, czasami nudności i bóle głowy, zmiany w zachowaniu się ciśnienia krwi i częstości tętna. Bladość czyni bardzo przykre wrażenie jakby zapadu, nie należy się jednak nią przejmować, jest ona nieszkodliwa, utrzymuje się kilkanaście minut i jest wyrazem skurczu naczyń krwionośnych skóry. Nudności i bóle głowy są krótkotrwałe, nieznaczne i bez znaczenia. Parcie krwi zachowuje się rozmaicie i w przeciwieństwie do stałego podnoszenia się parcia krwi u zwierząt, u jednych osobników parcie idzie w górę, u drugich opada, a najczęściej pozostaje niezmienione. W każdym razie wahania te nie przekraczają zazwyczaj 20 mm słupa rtęci, za wyjątkiem osobników dotkniętych cięższą miażdżycą tętnic, u których może się parcie wybitniej wznódz i stać się nawet niebezpieczne. Ilość uderzeń tętna naogół nie ulega zmianie; niekiedy ono się przyśpiesza, a niekiedy ulega znaczniejszemu zwolnieniu. W każdym razie w okresie podskórnego czy domięśniowego stosowania vasopressyny należy kontrolować parcie krwi i częstość uderzeń tętna.

Dawkowanie. Należy rozpoczynać od wstrzykiwania 10 jednostek vasopressyny podskórnie i jeżeli do godziny niema wyniku, należy odrazu przejść do 20 jednostek podskórnie a w braku dalszego skutku, wstrzyknąć 20—40 jednostek, domięśniowo. Stosowanie domięśniowe zazwyczaj wystarcza. W b. uporczywych przypadkach należy uciekać się do wlewań dożylnych 20—40 jedn. vasopressyny w roztworze soli fizjologicznej, (patrz Elmer, Ptaszek i Scheps. Klin. Wschn. 1930).

Wskazania. Wskazania do stosowania vasopressyny stanowią wszystkie przypadki porażeń jelitowych bez tła mechanicznego. Jeżeli się nie ma pewności wykluczenia przyczyny mechanicznej niedrożności jelitowej, należy być bardzo ostrożnym w jej stosowaniu z uwagi na tak silne działanie na ruchy robaczkowe jelit.

Znaczenie vasopressyny. Wprowadzenie vasopressyny do lecznictwa posiada wielką wartość. Wiadomo bowiem, że odsetek śmiertelności porażeń jelitowych jest wybitny, a w wielu przypadkach dotychczas znane środki przeciwporażenne zawodzą, jak pituitryna, pilokarpina, fizostygmina, atropina, peristaltyna, sól kuchenna i inne. We wszystkich zaś tych przypadkach, w których stosowaliśmy powyższe środki bez skutku, vasopressyna nie zawiodła. Znaczenie vasopressyny jest tem większe, że przypadki porażeń jelitowych nie oddziaływujące na pituitrynę, należy uważać za stracone. (Strassburger). Oczywiście dalsze badania i spostrzeżenia dokonane na większym materjale wykażą, czy vasopressyna jest zawsze skuteczna względnie o ile odsetek śmiertelności zostanie zmniejszony.

Streszczenie.

1. Vasopressyna i oksytocyna w działaniu swem na ruchy robaczkowe jelit zachowują się antagonistycznie. Vasopressyna wzmaga wybitnie, oksytocyna zaś (w zwiększonych dawkach) hamuje peristaltykę jelit.

2. Vasopressyna wywiera silniejsze działanie na ruchy robaczkowe jelit, szczególnie grubych, niżli pituitryna i to zarówno u zwierząt jak i u ludzi, co należy tłumaczyć antagonizmem obu hormonów zawartych w pituitrynie.

3. W leczeniu porażeń jelitowych *(ileus paraliticus)* vasopressyna przewyższa działanie innych środków przeciwporażennych, jak pituitryna, fizostygmina, pilokarpina, peristaltyna i sól kuchenna. Wprowadzenie vasopressyny do lecznictwa zmniejsza wybitnie odsetek śmiertelności niedrożności porażennej.

Piśmiennictwo:

1) Kamm, Aldrich, Grote, Rowe i Bugbee: J. amer. chem. Soc. V. 50. Nr. 2. 1928. — Bugbee i Simond: Amer. J. Physiol. V. LXXXVI, Nr. 1. 1928. — Bugbee i Kamm: Endocrinology, V. XII, Nr. 5, 1928. — 2) Elmer i Scheps: P. G. L. 1929. Nr. 21. — Elmer i Scheps: Münch. M. Wsch. 1929, Nr. 46. — 3) Draper: Amer. J. Physiol. 1929, 89, 273. — 4) Isaac i Siegel: Kl. Wschn. 1929. Nr. 37. — Burne i Burn: Lancet, 1928, 6. Oct., 694. — 6) Curtis i Pickering: Lancet, 1928, 6. Oct., 695.

Jerzy GLASS i Is. BEILESS. Warszawa.

Badania związku między gospodarką chlorowa i węglowodanową.

Doniesienie I.

Wpływ hipertonicznego roztworu soli kuchennej na poziom cukru we krwi w cukrzycy.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Wstęp.

Pomiędzy gospodarką węglowodanowa i chlorową ustroju istnieje wzajemna zależność. Wobec tego, że przemiany tkankowe są w warunkach przyżyciowych jeszcze prawie niedostępne badaniom, związek ten wzajemny nie jest jeszcze dostatecznie sprecyzowany. Wiadomo, że w cukrzycy, nawet bezkwasicowej, istnieje stan retencji chlorowej (najczęściej suchej, która w pewnych warunkach przechodzi w retencje chlorową wodną). Wynika to z badań Meyer-Bischa i Günthera[1]), Veilla[2]) i innych. Stan retencji chlorowej dochodzi do szczytu w kwasicach cukrzycowych[7])[3]).

Po zestawieniu dotychczasowych spostrzeżeń różnych autorów, dotyczących stosunku między zawartością cukru i chloru we krwi, doszliśmy do wniosku, że istnieje jakby pewnego rodzaju „antagonizm" wzajemny, między poziomem cukru i chloru we krwi. Polega on na tem, że w stanach przecukrzenia (hiperglikemji) poziom chloru we krwi opada, przeciwnie w stanach hipoglikemicznych zawartość chloru we krwi jest wysoka. Tak n. p. w cukrzycy u człowieka, zwłaszcza przy dużej hiperglikemji, poziom chloru we krwi jest zmniejszony (badania Grama[4]), Meyersa[5]), Meyer-Bischa[6]), oraz badania naszego od-

---

[1]) Meyer-Bisch i Günther, cit. wg. Thannhausera, Stoffwechsel u. Stoffwechselkrankheiten, Bergmann, München, 1929.

[2]) Veill, Verh. d. deutsch. Ges. f. inn. Med., S. 284—287, 1921.

[3]) Porówn.: Jerzy Glass: Warsz. Czas. Lek. Nr. 6, 7 i 8, 1930.

[4]) Gram, Journ. of biol. Chem. Bd. 56, Nr. 2, 1923.

[5]) Meyers, Journ. of labor. a. clin. med., Bd. 6, Nr. 1. 1920 — ref. Jahresber. ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm. 1921.

[6]) cyt. wg. Thannhausera.

działu ogłoszone przez Landaua, J. Glassa i Kaminera)[7]. Również i w doświadczalnej cukrzycy u zwierząt, wywołanej usunięciem trzustki, powstaje zmniejszenie poziomu chloru we krwi, któremu towarzyszy, jak to ma miejsce w cukrzycy człowieka, zwiększenie ładunku chlorowego mięśni i zmniejszenie zapasu chloru w wątrobie (Meyer-Bisch i Bock[8])). Również w doświadczalnie u zwierząt wywołanem przecukrzeniu krwi, w następstwie obarczenia glukozą (Herrick[9]) i Foshay[10])), lub pod wpływem nakłucia dna 4-ej komory, — następuje spadek poziomu chloru we krwi. Przeciwnie, w miarę opadania zawartości cukru we krwi, n. p. w następstwie zastrzyknięcia insuliny (Ni[11])) lub we wstrząsach hipoglikemicznych (Chabanier[12])) — zawartość chloru we krwi się zwiększa.

Z drugiej strony, w niektórych stanach, przebiegających ze zmniejszeniem zawartości chloru we krwi, poziom glikemji wzrasta. Występuje to n. p. w zwężeniach przewodu pokarmowego (Haden i Orr[13]), Binet i Rathery[14])), gdzie, jak o tem mowa jest obszernie w pracach, pochodzących z naszego oddziału[15]), spadek zawartości chloru we krwi jest objawem typowym zespołów powyższych. Również po zastrzyknięciu histaminy (Ni[16])), kiedy wskutek wielkich strat chlorowych, poniesionych w okresie maksymalnego wydzielania żołądkowego, następuje spadek zawartości chloru we krwi[17]) — poziom cukru we krwi się zwiększa.

Jaka jest przyczyna powyższego „antagonistycznego" zachowania się chloru i cukru we krwi — nie wiadomo dokładnie. Ze względu na niedostępność dla badań przyżyciowych tkanek ustrojowych, nie wiadomo również, co jest przyczyną retencji chlorowej w cukrzycy, nie wiadomo, jak chlor tu w tkankach zostaje związany, i czy wogóle zjawisko powyższe, z punktu widzenia teleologicznego, nie jest zjawiskiem celowem, pożądanem dla ustroju.

Spostrzeżenia wyżej podanych autorów naprowadziły nas na myśl, żeby do zagadnienia tego podejść z drugiej strony, a mianowicie żeby zbadać, jak wpływa chlorowanie na gospodarkę węglowodanową, t. zn. jakim zmianom podlega gospodarka węglowodanowa ustroju pod wpływem dowozu soli kuchennej. Rzucić to może światło na sprawę związku wzajemnego między gospodarką chlorową i węglowodanową. W doniesieniu obecnem zajmiemy się wyłącznie sprawą wpływu, jaki wywiera wprowadzenie hipertonicznego roztworu soli kuchennej na poziom cukru we krwi, zwłaszcza u chorych cukrzyczych.

Sposób przeprowadzenia badań: Badania wykonano u 16-u chorych cukrzyczych, u 3-ch osobników zdrowych i w 2-ch przyp. nerwicy wegetacyjnej. Przypadki cukrzycy oznaczone są w tablicach Nr. od 1-go do 16-u, nerwice wegetacyjne — Nr. 17 i 18, osobnicy zdrowi — Nr. 19, 20 i 21.

Badania wykonywane były stale w tych samych warunkach podstawowych, u chorych cukrzyczych, stale na tej samej diecie standartowej, w okresie ich zrównoważenia, kiedy już żadnych gwałtownych zaburzeń w poziomie glikemji i cukromoczu nie stwierdzano. Badania wykonywane były tu stale przed okresem insulinowania, tak, że chorzy ci w okresie badań naszych insuliny jeszcze nie otrzymywali. Wszystkie badania wykonano naczczo, u chorych szpitalnych, stale leżących, z możliwem wyłączeniem pobocznych czynników psychicznych.

Przeprowadziliśmy łącznie 13 badań z dożylnem zastrzyknięciem hipertonicznego roztworu soli kuchennej (u 10-u chorych cukrzyczych i u 3-ch osobników zdrowych), — 3 badania z wprowadzeniem dożylnem fizjologicznego roztworu NaCl, u 4-ch chorych wykonano doustne obarczenie 50 g glukozy, oraz następnie powtarzano takie same badanie z jednoczesnem wprowadzeniem dożylnem hipertonicznego roztworu NaCl, — u 1-go chorego wykonano obarczenie dożylne 10 g glukozy, powtarzając następnie to samo badanie z jednoczesnem wprowadzeniem dożylnem hipertonicznego roztworu NaCl; wykonano dalej 3 badania z podaniem doustnem hipertonicznego roztworu NaCl, dalej 2 badania z doustnem obarczeniem 50 g glukozy i następowem wprowadzeniem jednoczesnem hipertonicznego roztworu NaCl doustnie; wreszcie oznaczyliśmy 5 głodowych krzywych glikemji u chorych cukrzyczych.

Sól kuchenną zastrzykiwaliśmy dożylnie w ilości 20 ccm 15% lub 20% roztworu, czyli od 3-ch do 4-ch g NaCl. Nie dawało to w żadnym z naszych przypadków najmniejszych objawów ubocznych i wszyscy chorzy znosili zastrzyki doskonale[18]). Nie widzieliśmy tu również ani razu t. zw. gorączki solnej, „Salzfieber". Doustnie podawaliśmy sól kuchenną w ilości 10-u lub 12-u g w 5% roztworze (*Natrii chlorati* — 10.0 lub 12.0, *Aquae dest.* — 200.0). Sól kuchenną używaliśmy wyłącznie chemicznie czystą, wysuszoną, a rostwory sporządzano bezpośrednio przed każdorazowem użyciem.

W każdym z naszych badań (których przeprowadziliśmy łącznie około 40-u) oznaczano dwukrotnie lub trzykrotnie naczczo w odstępach 15-minutowych lub ½-godzinnych, poziom cukru i chloru we krwi oraz wskaźnik refraktometryczny surowicy, poczem podawano sól kuchenną. Po wprowadzeniu dożylnem lub po podaniu doustnem NaCl, oznaczano w ciągu pierwszej godziny co 15 minut, a w ciągu następnych 3-ch godzin co ½ godziny poziom cukru i chloru we krwi całkowitej, jak również i wskaźnik refraktometryczny surowicy. Krew pobierano z palca. Cukier we krwi oznaczano mikrometodą Banga w modyfikacji Weissa; chlor we krwi całkowitej — mikrometodą Rusznyaka; białko w surowicy — refraktometrycznie.

I. Wpływ dożylnego wprowadzenia hipertonicznego roztworu soli kuchennej na poziom cukru we krwi.

W piśmiennictwie znaleźć można jedynie skąpe wzmianki odnośnie do tej sprawy. Naito, zastrzykując zdrowym królikom 10% rostwór soli kuchennej, spostrzegał u nich zwiększenie poziomu cukru we krwi. Badań tych oczywiście nie można przenosić na teren patologji człowieka, zwłaszcza, jeśli chodzi o cukrzycę. Jeśli idzie o badania wykonane na ludziach, to w pracy Semlera[19]), poświęconej wpływowi dożylnego zastrzyknięcia chlorku potasu na poziom cukru we krwi u chorych cukrzyczych, oraz w pracy Hasenöhrla i Höglera[20]), dotyczącej wpływu elektrolitów na poziom cukru we krwi, — znaleźliśmy zupełnie nie umotywowane i nie poparte żadnemi dowodami wzmianki, że sól kuchenna, wprowadzona dożylnie, nie wpływa wcale na poziom cukru we krwi[21]). Wreszcie w pracy Schenka[22]), o wpły-

[7]) A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer. Doniesienie I — Warsz. Czas. Lek., Nr. 11, 12, 13, 14, 1929 r. i C. R. de la Soc. de Biol., Tome CI, p. 594, 1929 r.; Doniesienie II — Pol. Gaz. Lek. 1930 r. w druku.

[8]) Meyer-Bisch i Bock, Zeit. f. d. ges. exp. Med., Bd. 54, H. 1/2, S. 131—144, 1927.

[9]) Herrick, Journ. of labor. a. clin. Med., Bd. 9, Nr. 7. 1924; ref. w Jahresber. ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm., Bd. 27, s. 143.

[10]) Foshay, Journ. of exp. med., Bd. 42, Nr. 1, 1925, ref. w Jahresber. ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm., Bd. 33, s. 400.

[11]) Ni, ref. Jahresber. ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm., Bd. 42, s. 110, 1928.

[12]) Chabanier, wg. Chabanier, Lebert et Lobo-Onell, Diabète sucré, Masson, 1929.

[13]) Haden i Orr, Szereg prac doświadczalnych, druk. w Journ. of exp. med. od r. 1923 do r. 1928; ref. w Jahresber. ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm., 1923—1928 r.

[14]) wg. Bineta, Problèmes physiologiques posés par l'étude de l'occlusion intestinale, 1928 r.

[15]) Doniesienie I. — A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis, Pol. Gaz. Lek., Nr. 15, 1928 i Arch. d. mal. de l'Appar. Digest. et de la Nutr., Nr. 1 i 4, 1928. Doniesienie II. — A. Landau i Jerzy Glass, Pol. Gaz. Lek., Nr. 35, 1928 i Arch. d. mal. de l'Appar. Digest. et de la Nutr., Nr. 5, 1929. Doniesienie III. — A. Landau, Jerzy Glass i R. Pekielis, Pol. Gaz. Lek., Nr. 1, 1929. Doniesienie IV. — A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer, Warsz. Czas. Lek., Nr. 26 i 27, 1929 rok.

[16]) Ni, l. c.

[17]) A. Landau i Jerzy Glass, Doniesienie I i II. Medycyna Dośw. i Społ., 1930 r. w druku.

[18]) W jednym przypadku tylko cukrzycy, przebiegającej z gotowością obrzękową, po wprowadzeniu dożylnem soli kuchennej wystąpiły nieznaczne obrzęki na stopach i podudziach, które na 3-i dzień ustąpiły. (Przyp. Nr. 5.).

[19]) Semler, Klin. Woch. Nr. 15, 1925.

[20]) Hasenhöhrl u. Högler, Klin. Woch., Nr. 9, 1927.

[21]) Semler w 2-ch przypadkach cukrzycy wprowadzał dożylnie 0.5 g NaCl i nie widział zmian glikemji w następstwie tego zastrzyknięcia. Na zasadzie tych 2-ch przypadków, i to wprowadzając tak małe ilości soli kuchennej, wyciąga on nieuzasadniony wniosek, że „NaCl verhält sich indifferent". — Hasenhöhrl i Högler, badając wpływ potasu i wapnia na poziom glikemji, zastrzykiwali między innemi dożylnie u 2-ch zdrowych ludzi od 1-go do 2-ch g NaCl, w następstwie czego nie widzieli wyraźnych zmian glikemji. Na zasadzie tych 2-ch badań tylko wyciągają oni wniosek, że: „.... Na übt keine spezifische Wirkung auf den Zucker-

Tablica I.

Przyp. Nr.		Przed zastrz.	Po zastrzygnięciu dożylnem NaCl w 15'	30'	45'	60'	90'	120'	150'	180'	210'	240'	Maksymalne obniżenie glikemji w mgr. %	Maksymalne obniżenie glikemji w % wartości początk.
1	Cukier w mgr. % . .	139	86	79	89	100	121	121	107				60	43%
	Chlor w mgr. % . .	278	312	302		290		309						
2	Cukier w mgr. % . .	136	117	104	121	125		117					32	24%
	Chlor w mgr. % . .													
3	Cukier w mgr. % . .	186		186	182	168	171	154	171	168			32	17%
	Chlor w mgr % .	299		322		306		290		312				
4	Cukier w mgr. % .	221	176	168	168	211	203	193	211	193			53	24%
	Chlor w mgr. % . .	305	315	315		293		327		312				
5a	Cukier w mgr. % . .	287	275	246	240	232	250						55	19%
	Chlor w mgr. % . .	305	327	346		330								
5b	Cukier w mgr. % . .	207	207	196	203	182	189	186	218	207			25	12%
	Chlor w mgr. % . .	262	262	279		285	262	262	259					
6	Cukier w mgr. % . .	140	132	125	111	125	121	100	111	121			40	29%
	Chlor w mgr. % . .	318	324	330		327	315	315		315				
7	Cukier w mgr. % . .	170	214	168	168	168	160	153	120	128			50	29%
	Chlor w mgr. % .	286	291	275		291	303	293						
8	Cukier w mgr. % .	182	178	168	168	164	168	146	139	143	143	143	43	24%
	Chlor w mgr. % .	314	304	318	324	304	324	349	320	346				
9	Cukier w mgr. % . .	195	188	164	171	157	146	164	164	160	197	186	49	25%
	Chlor w mgr. % .	299	305	330	339	290	287	287	287	299	299			
10	Cukier w mgr. % . .	276	200	212	193	228	253	218	193	193		207	83	30%
	Chlor w mgr. % . .													

wie elektrolitów na poziom glikemji, autor ten widział po wprowadzeniu dożylnem wielkich ilości soli kuchennej (100 ccm 10% roztworu NaCl) spadek zawartości cukru we krwi. Przypisuje on go jednak, ze względu na wielkie ilości soli wprowadzonej — rozcieńczeniu krwi. Interpretacja faktu tego, jak to dalej wykażemy, jest niesłuszna. To wszystko, co odnośnie do tej sprawy udało się nam odnaleźć w piśmiennictwie.

Badania swoje przeprowadziliśmy u 14-u osobników, z tego 10-u chorych cukrzycowych (u jednego z nich dwukrotnie) i u 3-ch osobników zdrowych. Wyniki tych badań podane są w tablicy Nr. 1 i 9.

Wpływ dożylnego wprowadzenia hipertonicznego roztworu NaCl na poziom cukru we krwi u chorych cukrzyczych.

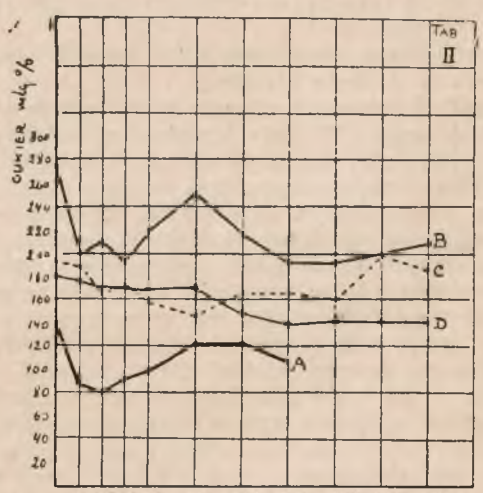
Jak to widać z tablicy Nr. 1, u chorych cukrzyczych, w następstwie dożylnego wprowadzenia hipertonicznego roztworu NaCl, następuje obniżenie poziomu cukru we krwi. Maksymalny spadek zawartości cukru we krwi wynosi tu zależnie od przypadku od 25 mg do 83 mg; zaledwie w 3-ch przypadkach jest on niższy od 40 mg, w pozostałych 6-u waha się w granicach od 40-u do 60-u mg, a w jednym przypadku nawet dochodzi do 83 mg.

Jeżeli obniżenie powyższe glikemji wyrazić w odsetkach, to wynosi ono od 12% do 43% pierwotnej zawartości cukru we krwi: w 2-ch przypadkach zaledwie jest ono niższe od 20%, w pozostałych 7-u waha się między 20% a 30%, wynosząc w jednym przypadku nawet 43%. Przeciętna maksymalnego obniżenia glikemji w następstwie dożylnego zastrzyknięcia hipertonicznego roztworu NaCl, wyprowadzona ze wszystkich naszych badań, wynosi 47 mg, co stanowi spadek przeciętny o 25% zawartości cukru we krwi przed zastrzyknięciem. Tak wiec przeciętna maksymalnego obniżenia poziomu cukru we krwi wynosi $^1/_4$ pierwotnego poziomu glikemji, który był przed zastrzyknięciem soli.

Okres czasu, na który przypada maksymalne obniżenie poziomu cukru we krwi nie jest we wszystkich przypadkach naszych jednakowy. Krzywe glikemji, któreśmy uzyskali przy pomocy wprowadzenia dożylnego hipertonicznego rostworu NaCl, mają przebieg niejednolity. Wspólne im jest jednak to, że z 11-u badań naszych, wykonanych u 10-u osobników, w 9-u maksymalne obniżnie poziomu glikemji przypada na okres pierwszych 2-ch godzin po zastrzyknięciu soli (w 2-ch jedynie badaniach obniżenie glikemji doszło do szczytu po upływie $2^1/_2$ godzin).

Odróżnić tu można 4 typy krzywych. Podane one są w tablicy Nr. 2.

Tablica 2.
Typy krzywych cukru we krwi po zastrzyknięciu dożylnem hipertonicznego roztworu soli kuchennej.



Typ krzywej A o najsilniejszym spadku glikemji w ciągu pierwszej godziny po zastrzyknięciu soli odpowiada przypadkom Nr. 1, 2, 4, 5 a.

spiegel des menschlichen Blutes". We wnioskach swych podają oni dalej, że: „Das Insulin wird in seiner hypoglykämischen Wirkung durch Na, K u. Ca nicht beinflusst" — podczas gdy w całej ich pracy, ani w tablicach ani w tekście, nie mogliśmy znaleźć choćby wzmianki, że tego rodzaju badanie z solą kuchenną było wykonane.

[22]) Schenk, Zeit. f. ges. exp. Med., Bd. 12, H. 5, s. 269—274, 1921 r.

Typ krzywej B o dwu spadkach glikemji w ciągu pierwszej i trzeciej godziny — to przyp. Nr. 10.

Typ krzywej C o stopniowym i długotrwałym, jednak niezbyt gwałtownym spadku glikemji odpowiada przyp. Nr. 9, a również w przybliżeniu przyp. Nr. 3, 5 b, 6.

Typ krzywej D o względnie późnem obniżeniu glikemji — to przyp. Nr. 8, a zbliżony doń jest również przyp. Nr. 7.

Tak więc ostatecznie powiedzieć możemy, że, choć przebieg krzywych cukru we krwi po dożylnem wprowadzeniu hipertonicznego roztworu NaCl ma przebieg niejednakowy, to wspólne jest to, że we wszystkich naszych badaniach następuje obniżenie poziomu cukru we krwi, w następstwie wprowadzenia soli. Dochodzi ono do swego szczytu w przytłaczającej większości przypadków w okresie pierwszych 2-ch godzin, a rzadziej znacznie po upływie $2^1/_2$ godz. od zastrzyknięcia. W żadnym z naszych przypadków, z wyjątkiem Nr. 7, gdzie po zastrzyknięciu nastąpiło przemijające 15-minutowe zwiększenie poziomu glikemji, nie stwierdziliśmy ani razu zwiększenia poziomu cukru we krwi powyżej liczb oznaczonych przed zastrzyknięciem.

Dok. nast.

Prym. Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Zamknięty róg szczątkowy macicy a ciąża zewnątrzmaciczna.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z rozlicznych postaci wad rozwojowych, powstałych skutkiem nienależytego wykształcenia się przewodów Müllera mam zamiar zająć się dzisiaj pokrótce tylko jedną, a mianowicie rogiem szczątkowym macicy, nie mającym połączenia ze światłem właściwego trzonu, i to tylko w odniesieniu do niektórych zjawisk klinicznych i powikłań chorobowych. Trzy takie właśnie przypadki miałem sposobność spostrzegać ostatnimi czasy na oddziele w zwiazku z ciąża pozamaciczną, z powodu której wykonano odpowiedni zabieg. Przypadki te postanowiłem podać do wiadomości wraz z uwagami, które nasunęły mi się w toku rozważań klinicznych. Uważam bowiem, że sprawy te nie zdarzają się zbyt często, mogą stać się przyczyną powstawania groźnych dla życia chorej powikłań, a ponadto zaciekawiają nas z tego względu, że niektóre przejawy życia fizjologicznego kobiety w stosunku do rogu szczątkowego, nie są po dziś dzień jeszcze należycie przebadane i rozstrzygnięte.

Przypadek L. 1. L. O. 1043/1928. W. J. lat 23 zgłosiła się na Oddział 31. XII. podaje w wywiadach, co następuje: nie rodziła, nie roniła. Ostatnią miesiączkę miała 9. XI. Od dziesięciu dni czuje się chora i żali się na bóle dołem brzucha i nieznaczne odchody.

Przy badaniu stwierdzono u osoby prawidłowo zbudowanej i dobrze odżywionej, nie wykazującej śladów niedokrewności, trzon macicy powiększony, przydatki prawostronne prawidłowe a po stronie lewej guz, wielkości brzoskwini, bolesny, nieruchomy. Tylne sklepienie nieznacznie ciastowate, miękkie, cośkolwiek wysklepione. Przy nakłuciu go wydobyto krew płynną, zawierającą liczne skrzepy.

Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, lewostronną, pękniętą, i wylew krwawy do jamy brzusznej.

W znieczuleniu eterowem otwarto jamę brzuszną w linji środkowej, poniżej pępka. W jamie brzusznej znaleziono nieznaczną ilość krwi, częściowo skrzepłej, częściowo płynnej. Krew ta w głównej mierze nagromadzona była w jamie Douglasa. Macica powiekszona, przesunięta na stronę lewą, przydatki prawostronne bez zmian. Po stronie lewej macicy, nieco poniżej od jej rogu odchodzi pasmo obłe, grubości kilku milimetrów, a długości około jednego centymetra, które przechodzi następnie w twardy guz, wielkości orzecha tureckiego. Do jego zewnętrznego końca przyczepia się więzadło obłe, jajowód, i więzadło jajnikowe. W jajniku lewostronnym typowe ciałko żółte. Jajowód mniejwięcej w środkowej swojej części przechodzi w guz okragławy, stwierdzony badaniem, wielkości brzoskwini, sino zabarwiony, zajmujący resztę jajowodu aż po jego ujście brzuszne, oblepione starszemi i świeżemi skrzepami.

Wobec znalezionych a opisanych powyżej stosunków anatomicznych rozpoznano, że mamy do czynienia z ciążą jajowodowa. która umieściła się w jajowodzie odchodzącym od rogu szczątkowego macicy. Róg ten wraz ze zmienionym chorobowo jajowodem usunięto, jamę brzuszną na głucho zaszyto.

Po zabiegu oglądnięto dokładnie usunięty jajowód, wraz z opisanym powyżej rogiem macicy i stwierdzono w tym ostatnim obecność niedużej jamy, wyścielonej błoną śluzową. Jama ta łączyła się z jednej strony ze światłem jajowodu z drugiej od ściany macicy kończyła się ślepo. Guz ten poddano badaniu histologicznemu, które rozpoznanie nasze, że mamy do czynienia z rogiem szczątkowym w zupełności potwierdziło. Ściana guza składała się z warstwy mięsnej o utkaniu włókien charakterystycznem dla trzonu i śluzówki o słabo zaznaczonym odczynie doczesnowym. W jajowodzie zupełnie typowy obraz ciąży jajowodowej.

Przypadek L. 2. L. O. 198/1929. N. M. lat 26 zgłosiła się na Oddział, podając w wywiadach, że nie rodziła, nie roniła. Ostatnią miesiączkę miała przed sześciu tygodniami. Przed kilku godzinami zachorowała nagle wśród objawów bólów w dole brzucha, parcia na stolec, krwawienia z części rodnych i omdlenia. Wezwany lekarz polecił jej natychmiast udać się do szpitala. Tutaj stwierdzono przy badaniu niedokrewność ogólną znacznego stopnia u osoby prawidłowo zbudowanej i odżywionej, obecność wolnego płynu w jamie brzusznej, wypuklenie tylnego sklepienia. Narządów rodnych wewnętrznych z powodu silnego napięcia powłok wybadać się nie dało. Przy nakłuciu jamy brzusznej przez tylne sklepienie wydobyto znaczną ilość ciemnej krwi z licznemi drobnemi skrzepami.

Wobec powyższych danych rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, pękniętą, krwotok do jamy brzusznej, niedokrewność ostrą, znacznego stopnia.

Przystąpiono natychmiast do zabiegu, który dokonano w uśpieniu eterowem. Jamę brzuszną otwarto w linji środkowej, cięciem poniżej pępka i znaleziono w niej bardzo znaczną ilość krwi, częściowo płynnej a częściowo skrzepłej. Macica bez zmian, przesunięta na stronę lewą. Po stronie lewej przydatki prawidłowe. Po stronie prawej, nieco poniżej rogu macicy odchodzi pasmo grubości kilku milimetrów, a długości około jednego centymetra, przechodząc w guz twardy, wielkości orzecha włoskiego. Do rogu zewnętrznego tego guza przyczepiają się: więzadło obłe, jajowód i więzadło jajnikowe. W jajniku prawostronnym ciałko żółte, prawidłowo rozwinięte. Jajowód w odległości centymetra przechodzi następnie w drugi guz, wielkości małej pięści, na szczycie którego znajduje się nieznaczny ubytek. Sterczą z niego na zewnątrz kosmki i wylewa się świeża krew. Jajowód wraz z opisanym pierwszym guzem usunięto. Jamę brzuszną w typowy sposób zaszyto.

Na przekroju oglądany pierwszy guz przedstawia się niezmiernie ciekawie. Ściana jego grubości mniejwięcej palca otacza niedużą jamę, wyścieloną błoną śluzową. Światło tej jamy od strony macicy kończy się ślepo, od strony zaś jajowodu wykazuje łączność z jego światłem. Badanie histologiczne stwierdza, że utkanie guza składa się z włókien mięsnych gładkich, a błona śluzowa, wyścielająca jamę w nim zawartą przedstawia cechy błony śluzowej ciężarnego trzonu macicy. W jajowodzie typowy obraz dla ciąży jajowodowej.

Przypadek L. 3. L. O. 608/1923. S. J. lat 21 zgłosiła się na Oddział 29. IX. Podaje, że nie rodziła, nie roniła. Ostatnią miesiączkę miała 20. VI. Choroba obecna trwa od dziewięciu dni a zaczęła się bólami dołem brzucha.

Badaniem stwierdzono u kobiety dobrze odżywionej i dobrze zbudowanej, bez jakichkolwiek objawów niedokrewności macicę powiększoną, przesuniętą na stronę lewą a po prawej jej stronie guz, pozostający w łączności z boczną ścianą trzonu, wielkości dużego gęsiego jaja, lekko wrzecionowaty, zbitości zmiennej: raz miększy, raz twardszy.

Rozpoznano ciążę w prawym rogu szczątkowym macicy. Wobec tego przystąpiono do zabiegu, który dokonano w znieczuleniu eterowem. Jame brzuszną otwarto w linji środkowej, poniżej pępka. Oglądając narządy rodne, zauważono, że przedstawiają one niezmiernie ciekawy obraz pod względem anatomicznym. Trzon macicy powiększony, ciemno-sino podbarwiony. Przydatki lewostronne bez zmian. Wyraźnie poniżej prawego rogu macicy odchodzi guz stwierdzony przy badaniu, zabarwienia takiego samego jak trzon, zbitości zmiennej a od jego brzegu zewnętrznego przydatki prawostronne zupełnie prawidłowe. W jajniku prawym ciałko żółte. Opisany guz usunięto.

Oglądaniem po wyjęciu stwierdzono, że mamy do czynienia z guzem, zawierającym w środku jajo płodowe, którego ściana grubości około połowy centymetra składa się z włókien mięsnych gładkich i doczesnej. Pomimo dokładnego badania nie stwierdzono łączności światła opisanego guza ze światłem trzonu, natomiast z łatwością wykazać się daje łączność jego ze światłem jajowodów.

Jak wynika z powyżej przytoczonych, krótkich wyciągów z historji chorób odnośnych tych trzech przypadków, we wszystkich trzech mieliśmy do czynienia z ciążą, rozwijającą się poza obrębem trzonu u kobiet ze szczątkowym rogiem macicy. W dwóch pierwszych zaszczepiło się jajo w jajowodzie i to po stronie tej po której równocześnie znajdował się róg szczątkowy, w trzecim zaś usadowiło się zapłodnione jajo w samym rogu szczątkowym. We wszystkich tych trzech przypadkach mieliśmy do czynienia ponad wszelką wątpliwość z tak zwanym zamkniętym szczątkowym rogiem macicy, a więc takim, który nie miał łączności ani makroskopowo ani mikroskopowo stwierdzalnej ze światłem właściwej macicy. A że znalezione w czasie zabiegu twory były nie czem innem tylko rogiem szczątkowym dowodzą tego oprócz wyników badań histologicznych także i zupełnie typowe dla tej sprawy stosunki anatomiczne, z któremi spotykaliśmy się w każdym w tych trzech przypadków.

O ile rozpoznanie rogu szczątkowego, obok istniejącego drugiego, prawidłowego dużego w czasie badania ginekologicznego zaliczyć należy do rzeczy stosunkowo naogół niełatwych (R o s n e r), róg taki bowiem uważa się często mylnie za mięśniaka podsurowiczego, lub za chorobowo zmieniony jajowód — o tyle rozpoznanie tej sprawy po otwarciu jamy brzusznej nie powinno już przedstawiać żadnych trudności. Topografja rogu szczątkowego jest tak charakterystyczna, że wyklucza wprost bez mała w zupełności omyłki rozpoznawcze. Szczątkowy róg macicy i to tak zawierający światło, jak i nie, leży jako większy lub mniejszy guz przy odpowiednim brzegu macicy właściwej, z którym połączony jest zawsze mniej lub więcej szerokim pasem tkanki mięśniowej, odchodzącym jednak nie od samego rogu macicy, lecz zazwyczaj nieco poniżej od niego. Zgrubienie, które w danym razie określamy jako róg szczątkowy macicy w wyższych stopniach niedorozwoju składać się będzie z litego utkania mięśniowego, w niższych zawierać będzie w swoim wnętrzu mniejszą lub większą jamę, wysłaną błoną śluzową o cechach błony śluzowej trzonu. Od tej jamy, pozostającej zawsze w łączności ze światłem odpowiedniego jajowodu zdąża nierzadko lejkowaty, ślepo kończący się kanał w kierunku właściwego trzonu macicy, gubiący się we wspomnianym paśmie łączącym róg szczątkowy z boczną ścianą macicy. Nie jest to jednak wcale regułą, gdyż nierzadko w wypadkach mniejszego niedorozwoju kanał ten jest na całym przebiegu utrzymany i nietylko drobnowidowo, ale i makroskopowo wykazać się daje. Łączy on światło rogu ze światłem macicy, względnie jej szyi. Najcharakterystyczniejszą cechą jednak, pozwalającą na odróżnienie omawianej wady rozwojowej od innych spraw chorobowych, jak naprzykład zgrubień, lub nowotworów jajowodowych, jest stosunek więzu obłego odpowiedniej strony do samego guza, który w wypadkach szczątkowego rogu macicy odchodzi zawsze od zewnętrznego, górnego kąta zgrubienia, znajdującego się z boku macicy a nie od rogu trzonu właściwego. Trzon ten nie jest niczem innem, jak drugim rogiem macicy, lecz prawidłowo rozwiniętym i dlatego właśnie, że wytworzony jest tylko z rogu jednego, a nie jak powinno być — z dwóch, jest zazwyczaj zwrócony mniej, lub więcej w przeciwnym kierunku niż róg szczątkowy. Odnośnie do wyglądu więzadła obłego, odchodzącego od rogu szczątkowego, nadmienić należy, że jest ono krótsze, niż więzadło strony drugiej, odchodzące od prawidłowo rozwiniętego rogu. Te to powyżej wspomniane cechy pozwalają na rozpoznanie rogu szczątkowego, oczywiście dopiero z chwilą otwarcia jamy brzusznej.

Niezmiernie ciekawą i dotychczas jeszcze niezupełnie jasną jest sprawa miesiączkowania błony śluzowej zamkniętego rogu szczątkowego macicy. Przyczyną różnorodności zdań i zapatrywań dotyczących omawianej sprawy jest poniekąd niemożność należytego zbadania tego zjawiska w odniesieniu do rogu szczątkowego. Temu też przypisać należy, że jedni z badaczy przeczą wogóle możności miesiączkowania błony śluzowej rogu zamkniętego w każdym przypadku, inni zaś twierdzą, że zjawisko to ma miejsce w niektórych razach, tylko, że czas jego występowania w stosunku do okresu dojrzałości płciowej i nasilenie zależą od różnych stopni rozwoju rogu macicy z jakimi w danym razie się spotykamy. Także niejednakowym jest los wylanej do jamy rogu krwi. Szczególnie co do tej ostatniej sprawy, odnośne piśmiennictwo jest pełne niezgodności i daleko idących różnic w zapatrywaniu. Z tych też więc względów nieco szerzej zajmę się całą sprawą miesiączkowania błony śluzowej szczątkowego rogu macicy.

Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące sprawy miesiączkowania błony śluzowej i luźne przygodne badania anatomiczne stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, że w rogu szczątkowym macicy najczęściej nie stwierdzamy obecności krwi, jako objawu miesiączkowania. O ile zjawisko to w przypadkach rogu szczątkowego, mającego połączenie ze światłem macicy jest stosunkowo łatwo zrozumiałe, gdyż gromadząca się krew miesiączkowa w rogu szczątkowym wypływa przez kanał łączący róg niedorozwinięty i rozwinięty ze sobą, o tyle w wypadkach nieistniejącego światła pomiędzy oboma rogami macicy tłomaczeniem tem posługiwać się nie możemy. A przecież bądź co bądź w zamkniętym rogu szczątkowym tak często nie znajdujemy krwi miesiączkowej, że niektórzy autorowie (K e r m a u n e r) wykluczają wprost możność nagromadzenia się jej tamże. Co więcej opisane, jako takie przypadki starają się wprowadzić w związek przyczynowy nie z fizjologicznem zjawiskiem miesiączkowania lecz z czynnikami zupełnie przypadkowemi, jak naprzykład z urazem. Niemniej jednak istnieją spostrzeżenia kliniczne (S a e n g e r, S l a v j a n s k y, W e i t z e l), jak i nieliczne badania histologiczne (F r e u n d, S c h u b e r t), przemawiające zatem, że we wnętrzu rogu szczątkowego może przyjść na skutek miesiączkowania do nagromadzenia się krwi. Znane są nawet przypadki w których krwistek powstały w rogu szczątkowym był przyczyną pęknięcia jego ściany (U n t e r b e r g e r, K l e i n).

Wytłumaczenie rozmaitych zapatrywań i różnych obrazów klinicznych, spotykanych w poszczególnych wypadkach nie jest rzeczą ani tak prostą, ani też tak łatwą, jakby to na pierwszy rzut oka wydawać się mogło. Aby to uskutecznić musimy się uciekać nietylko do rzeczowego objaśnienia faktów, lecz i do spekulatywnego myślenia, a to ostatnie z łatwo zrozumiałych względów, niepotrzebujących chyba bliższych określeń, kryje w sobie bardzo duże niebezpieczeństwo popełnienia tak logicznego, jak i rzeczowego błędu. Niemniej jednak chcąc znaleść wytłumaczenie pewnych z obrazem klinicznym i anatomicznym związanych faktów, dotyczących miesiączkowania w zamkniętym rogu szczątkowym, musimy uciec się między innemi i do tego postępowania myślowego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w bardzo dużej, a nie będę daleki od prawdy, jeżeli powiem, że w przeważnej liczbie przypadków u kobiet z omawianą wadą rozwojową, jeszcze nawet w późniejszym okresie życia płciowego, po całym szeregu miesiączek — znajdujemy światło rogu szczątkowego zupełnie puste, albo co najwyżej wypełnione bezbarwną treścią. Taki obraz chorobowy możemy w zasadzie wytłumaczyć dwojako: 1) niemiesiączkowaniem jeszcze wogóle błony śluzowej rogu szczątkowego, lub 2) zniknięciem krwi z jamy rogu, wylanej do niej w czasie miesiączkowania. Rozpatrzmy krytycznie kolejno obie te możliwości i zastanówmy się nad niemi pokrótce.

Jeżeli przyjmiemy, że zamknięty róg szczątkowy nie miesiączkował, pomimo, że równocześnie drugi należycie rozwinięty, tą właśnie czynność fizjologiczną spełniał zupełnie prawidłowo, to przyczyny tego należałoby dopatrywać się w niedorozwoju śluzówki wyścielającej wnętrze szczątkowego rogu. Taka to bowiem niedorozwinięta błona śluzowa, jako fizjologicznie mało wartościowa, pozostaje stale w spoczynku i nie oddziaływuje na bodźce, pochodzące z jajnika cyklicznemi zmianami miesiączkowemi, albo, o ile nawet, w wypadkach mniejszego niedorozwoju oddziaływuje, to zmiany te są o tak słabem nasileniu, że nie doprowadzają do pojawienia się miesiączki. (L o c k y e r s, S t r a s s m a n n). Z tego wniosek, że w takich razach nie znajdziemy nigdy krwi w jamie zamkniętego rogu szczątkowego (K e r m a u n e r).

Inaczej przedstawia się natomiast sprawa w tych przypadkach zamkniętego rogu szczątkowego, w których jama jego wysłana jest śluzówką prawidłowo rozwiniętą, zdolną do miesiączkowania i nieróżniącą się niczem, ani pod względem swojej budowy anatomicznej, ani sprawności fizjologicznej od śluzówki prawidłowej macicy. O ile w tych razach nie znajdziemy krwi miesiączkowej w jamie rogu szczątkowego, to przyczyny tego szukać należy zupełnie w czem innem. Pewnem jest, że błona śluzowa o takich, jak ostatnio opisane, cechach musi miesiączkować i na skutek tego krew do jamy rogu dostawać się musi. Z tą chwilą zaś, kiedy raz już we wnętrzu jamy rogu krew się znalazła, to stwierdzenie jej obecności tamże nie powinnoby natrafiać na żadne trudności. Rzeczywiście w bardzo nielicznej liczbie przypadków znanych nam z odnośnego piśmiennictwa rzecz się ma nie inaczej. Przypadki te cechują się tem, że na skutek nagromadzenia się znaczniejszych ilości krwi pochodzących z kilku miesiączek wytwarza się w nich typowy obraz krwisteku zamkniętego rogu szczątkowego. O wiele częściej jednak w wypadkach zupełnie prawidłowo rozwiniętej błony śluzowej w omawianym rodzaju rogu szczątkowego śladów makroskopowych

wylanej krwi nie znajdujemy. Wobec tego nasuwa się pytanie, jaki był w tych razach mechanizm usunięcia tej krwi z wnętrza rogu, która bez wątpliwości tamże znajdować się musiała? Istnieją wprawdzie nieliczne badania i spostrzeżenia, pozwalające na wysnucie pewnych wniosków, dotyczących tej sprawy, lecz są one za skąpe, aby umożliwiły rozstrzygnięcie jej z całą stanowczością. Mam tu na myśli przedewszystkiem te nieliczne spostrzeżenia, które dotyczą obecności mikroskopowo stwierdzalnej ilości rozłożonego barwika krwi w ścianie rogu szczątkowego (Freund, Schubert), nasuwające przypuszczenie, że krew wylana do wnętrza rogu szczątkowego uległa wessaniu drogą jego ścian (Leopold). Pozatem jednak istnieją przypadki zamkniętego rogu szczątkowego o prawidłowo rozwiniętej śluzówce, w których ścianie nie stwierdzamy obecności rozłożonego barwika, a które też we wnętrzu jamy nie zawierają krwi. W tych to szukać musimy wytłumaczenia omawianego zjawiska w wyrozumowanych przypuszczeniach, które zresztą, jak to powszechnie wiadomo nie zawsze, chociaż wysoce prawdopodobne są zgodne z rzeczywistością. Do takich właśnie tłumaczeń zaliczyć należy niżej przedstawione, a zastosowane po raz pierwszy w wypadkach braku nagromadzenia się krwi w trzonie macicy o prawidłowo rozwiniętej i czynnej śluzówce, przy wysokich zarośnięciach szyjki (Engström, Saenger, Kehrer). Tłumaczenie to oparte jest na fizjologicznych własnościach czynnej części mięśnia macicznego, która oddziaływać musi skurczami na ciało obce, znajdujące się we wnętrzu jamy nią objętej, dążąc do wypchnięcia go na zewnątrz. Tłumaczenie to w odniesieniu do zamkniętego rogu szczątkowego może znaleść o tyle zastosowanie, że róg szczątkowy to nic innego, jak tylko nienależycie rozwinęty trzon macicy, a ścianę jego tworzy między innemi warstwa mięsna o własnościach czynnej części mięśnia macicznego. Pod wpływem więc ciała obcego, które stanowi wylana i gromadząca się we wnętrzu jamy trzonu, względnie we wnętrzu jamy rogu krew miesiączkowa, mięsień tak jednego, jak i drugiego oddziaływać musi skurczami, te zaś działając koncentrycznie, muszą wypychać nagromadzoną krew w kierunku najmniejszego oporu ściany. Miejscem, stawiającem najmniejszy opór krwi nagromadzonej we wnętrzu rogu prawidłowo rozwiniętego, czyli trzonu w razie zarośnięcia ujścia wewnętrznego szyjki macicy są tylko ujścia jajowodów. Taksamo najmniejszy opór w ścianie zamkniętego rogu szczątkowego, której cała warstwa otaczająca jamę rogu jest w każdem miejscu dookoła zupełnie jednakowo gruba, o tych samych własnościach fizjologicznych, jednakowo pod względem fizykalnym odporna na działanie siły o kierunku prostopadłym do obwodu jego wewnętrznych ścian, stawia jedynie tylko miejsce ujścia jajowodu. Na skutek tego tak w pierwszym jak i w drugim wypadku krew wylana, czy to do jamy trzonu, czy też do jamy rogu szczątkowego, pod wpływem działania skurczów ich warstwy mięsnej, może przedostać się li tylko do światła jajowodów. Pod wpływem zaś wstecznego ruchu robaczkowego mięśniówki jajowodów — istniejącego ponad wszelką wątpliwość — przedostać się może do jamy trzewnej, gdzie z czasem musi ulec wessaniu. Zatrzymana zaś skutkiem jakichś przyczyn w świetle jajowodów powoduje powstawanie typowego obrazu krwisteku jajowodowego. W odniesieniu do rogu szczątkowego tłumaczenie to jest tem prawdopodobniejsze, że ilość wylanej krwi miesiączkowej nawet przy zupełnie prawidłowo rozwiniętej i fizjologicznie czynnej błonie śluzowej rogu jest ze względu na nieznaczną powierzchnię śluzówki, wyścielającej małą zazwyczaj jamę rogu, bardzo nieznaczna. Pamiętać jednak należy o tem, że także i skutkiem tego samego możliwość wessania wylanej krwi poprzez błonę śluzową rogu wprost, jest też bardzo prawdopodobna.

Z powyższego widać, że ta teorja, którą nazwę mechaniczną, tłumacząca nam brak krwisteku macicznego w wypadkach rogu szczątkowego nie mającego połączenia ze światłem macicy, za podstawę swoich wywodów przyjmuje właściwie tylko mechanizm działania skurczów jego warstwy mięsnej. Opiera się ona poniekąd na nowoczesnych zupełnie badaniach, które nasuwającą się wątpliwość czy płyn z jamy macicy do wnętrza jajowodu przedostać się może, rozstrzygnęły już na całym szeregu doświadczeń. Mam tu na myśli badania Rubina i wogóle w związku ze sprawą drożności jajowodów związane prace całego szeregu klinicystów, z których wynika, że już pod ciśnieniem czterdziestu milimetrów rtęci, płyn z wnętrza macicy do światła jajowodów przedostać się może. Znajduje ona też poniekąd swoje poparcie w niektórych chociaż nielicznych spostrzeżeniach klinicznych stwierdzających obecność krwisteku jajowodowego przy zupełnym braku tegoż w zamkniętym rogu szczątkowym (Dogliotti).

Pomimo wszystko jednak istnieje jeszcze za mało danych, któreby pozwoliły na zupełnie stanowcze rozstrzygnięcie pytania, które z wymienionych zapatrywań usiłujących wytłumaczyć tak częsty brak obecności krwisteku w świetle szczątkowego rogu macicy niezłączonym z jej jamą jest słuszne. Najprawdopodobniej przypuszczać należy, jak to zazwyczaj bywa w tych razach, iż właściwie wszystkie trzy z omawianych do pewnego przynajmniej stopnia lub w pewnych przynajmniej przypadkach wchodzą w grę w powstawaniu rozstrząsanego zjawiska. Tak więc naprzykład może w jednym i tymsamym przypadku nie przyjść do powstania krwisteku w zamkniętym rogu szczątkowym, na skutek nienależytego rozwinięcia błony śluzowej z jednej strony, czego wynikiem będzie stosunkowo nieduża ilość krwi wylanej do jego jamy, z drugiej strony na skutek częściowego wessania jej wprost przez ścianę macicy, oraz częściowego mechanicznego wydalenia pod wpływem działania skurczów. W innych znów dalej posunięty niedorozwój sam przez się będzie przyczyną, że miesiączkowanie w rogu nie będzie się odbywało i temsamem krew gromadzić się w nim nie będzie. Przy zupełnie zaś pełnej wartościowo, pod względem fizjologicznym, błonie śluzowej, naturalna rzecz, że tylko wessalność i mechaniczne czynniki mogą być brane w rachubę przy powstawaniu omawianego zjawiska.

A teraz z kolei rzeczy zastanówmy się pokrótce w jaki sposób wobec poprzednio przedstawionych czynników wytłumaczyć te nieczęste przypadki wytwarzania się krwisteku w zamkniętym rogu szczątkowym macicy. Nie można bowiem, idąc za przykładem Kermaunera twierdzić, że z wypadkami takiemi się nie spotykamy. Przeczy temu bowiem odnośne piśmiennictwo, które równocześnie poucza, że krwistek w zamkniętym rogu szczątkowym chociaż rzadko przecież jednak się wytwarza (Saenger, Slavjansky, Weitzel i inni). Pierwszym i bezwzględnie niezbędnym warunkiem do tego jest wyścielenie jamy rogu szczątkowego błoną śluzową, zdolną do miesiączkowania. Drugim zaś, ograniczenie, względnie uniemożliwienie zadziałania czynników, które przeszkadzają wytworzeniu się krwisteku. Do nich zaliczam: wessalność ściany rogu, upośledzenie siły skurczów mięśnia i wreszcie, może najważniejsze, utrudnienie odpływu nagromadzonej krwi. Sprawę pierwszą z ostatnio wspomnianych, to znaczy wessalność trudno jest należycie pomierzyć i trudno wogóle orzec wśród jakich warunków może ona ulegać zmianom w tym lub innym kierunku. Raczej więc tylko na podstawie teoretycznego rozumowania dochodzimy do wniosku, że i ta własność rogu może wykazywać w pewnych razach daleko posunięte odchylenia od normy. Odnośnie do drugiej, to znaczy do upośledzenia nasilenia skurczów mięśnia rogu nadmienić należy, że mamy już cośkolwiek więcej danych, opartych na ścisłych badaniach, które pozwalają nam na wysnucie co do nich pewnych wniosków. Wiadomem jest bowiem stanowczo, że naprzykład niedorozwój mięśnia, zmiany chorobowe, toczące się w nim, nadmierne, chociażby chwilowe jego rozciągnięcie i tem podobne wpływają niekorzystnie na siłę jego skurczów i osłabiają temsamem skutki jego działania. Ze sprawami temi, zaś w poszczególnych przypadkach zamkniętego rogu szczątkowego rzeczywiście się spotykamy i one to pośrednio, będąc przyczyną za słabego nasilenia skurczów mięśniówki rogu mogą spowodować, że krew z jamy jego do światła jajowodów nie zostanie przepchnięta. Znaczenie trzeciej ze wspomnianych trzech spraw, to znaczy utrudnienie odpływu, tłumaczy się samo przez się. Występuje ono na skutek chwilowego, czy też stałego zamknięcia światła jajowodu, jako wynik spraw zapalnych toczących się w nim, obrzęku, przemieszczenia go, skrętu dookoła osi i tem podobnych. To zaś pociągnąć musi za sobą siłą faktu uniemożliwienie odpływu krwi miesiączkowej, wylanej do światła zamkniętego rogu szczątkowego i wytworzenie się w nim krwisteku. O słuszności tego zapatrywania wnioskować także można i z innych do pewnego stopnia tylko z omawianą sprawą związanych spostrzeżeń klinicznych. Mam tu na myśli przypadki krwisteku miesiączkowego, spostrzegane w wypadkach rogu szczątkowego w których pomimo istniejącego połączenia między macicą właściwą a rogiem szczątkowym krew miesiączkowa przecież w tym ostatnim się gromadzi, aby co pewien okres czasu odpływać. Przypadek taki właśnie opisał Rosner. Zdaniem moim najczęściej z tą sprawą spotykać się będziemy, taksamo jak i z powyższą tylko w wypadkach, w których kanał, o którym mowa będzie niedużej średnicy i na skutek jakichś już nieznacznych przyczyn

(zagięcia, obrzęku błony śluzowej i tem podobnych) ulegał będzie czasowemu zamknięciu.

Z powyższych uwag wynika, że zaistnienie jednej z ostatnio roztrząsanych przyczyn może spowodować bezwzględnie wytworzenie się krwisteku w zamkniętym rogu szczątkowym. Ponieważ jednak sprawy te, o których mowa, wydarzają się właściwie bardzo rzadko, więc i powstawanie krwisteku nieczęstem powinno być zjawiskiem. Ten końcowy wniosek znajduje potwierdzenie tak w spostrzeganiu klinicznem, jak i w odnośnem piśmiennictwie. Na tem kończę omawianie gromadzenia się krwi miesiączkowej w zamkniętym rogu szczątkowym. Zastanowiłem się nad tą sprawą cośkolwiek dłużej dlatego, że nie jest ona jeszcze po dziś dzień należycie oświetlona a obecnie nawiązując do ostatniego z opisanych przypadków, pozwolę sobie na kilka uwag, dotyczących ciąży rozwijającej się w rogu szczątkowym.

Jak powszechnie wiadomo, jajo zapłodnione może się zaszczepić i następowo rozwijać między innemi także i w rogu szczątkowym. W wypadkach utrzymanej łączności pomiędzy światłem rogu szczątkowego i prawidłowo rozwiniętego, mechanizm zapłodnienia jaja jest zupełnie prosty i łatwo zrozumiały. Plemnik z pochwy dostaje się do wnętrza właściwej macicy a ztąd przez istniejące połączenie dopiero do jamy rogu. W razie niewytworzenia się jednak wzmiankowanego połączenia musi plemnik odbyć wędrówkę przez światło jajowodu i jamę trzewną, by spotkać się z jajem, znajdującem się w drugostronnym jajowodzie, lub ślepo zamkniętej jamie rogu. Mamy więc do czynienia w tych razach z typowym przykładem tak zwanej zewnętrznej wędrówki plemnika.

Przeważna część klinicystów zgadza się z tem, że koniecznym warunkiem aby zaszczepienie jaja doszło do skutku w rogu szczątkowym jest brak krwisteku w tymże (H o e h n e), a nie zależy ono w zupełności od stopnia rozwoju rogu. Nawet w wypadkach nienależycie rozwiniętej błony śluzowej, wyścielającej wnętrze jamy rogu, może, jak to doświadczenie kliniczne poucza, jajo zaszczepić się i na takiej niedorozwiniętej śluzówce (K e r m a u n e r). Jednak w tych razach zazwyczaj nie przychodzi do wytworzenia się zupełnie prawidłowej doczesnej. To pociąga za sobą przedwczesne przerwanie ciąży, jako wynik tego, że rozwijające się kosmki będą wnikały wprost w mięśniówkę (W e r t h, L i m n e l l), niszcząc ją w miarę postępu swojego rozwoju.

Zejście ciąży w rogu szczątkowym zamkniętym, może być w zasadzie trojakie (W e r t h). W wypadkach nienależycie rozwiniętej doczesnej, a więc w wypadkach cechujących się wogóle niedorozwojem śluzówki rogu szczątkowego dojść musi wcześniej, lub później do zupełnego zniszczenia ściany rogu na pewnej przestrzeni. Będzie to wynikiem niszczącego działania kosmków wrastających w mięśniówkę. To pociągnąć musi za sobą pęknięcie ściany rogu i urodzenie jaja do jamy trzewnej, oraz krwotok wewnętrzny, grożący zejściem śmiertelnem chorej (S t r a s s m a n n, W e r t h, S c h w e i t z e r). Niektórzy z klinicystów twierdzą, że mechanizm pęknięcia ciężarnego rogu szczątkowego może być także i inny, i że pęknięcie to dochodzi do skutku, o ile wzrost warstwy mięsnej rogu nie nadąży wzrostowi jaja. Wtedy to na skutek wzmożonego ciśnienia wywołanego rozrastającem się jajem na ścianę rogu, może ta ostatnia wprost mechanicznie zostać rozerwaną. Wydarza się to najprawdopodobniej w wypadkach nienależytego rozwinięcia ściany mięsnej. Taki właśnie przypadek opisał J u s t i.

Pęknięcie ściany ciężarnego rogu szczątkowego niekoniecznie musi być powikłane śmiertelnym krwotokiem. Nasilenie krwawienia zależy między innemi w wysokim stopniu od tego, czy pęknięcie nastąpiło w miejscu przyczepu łożyska, czy też poza jego granicami. W wypadku pierwszym na skutek przerwania dużych naczyń i zatok żylnych, doprowadzających krew do łożyska, krwotok jest zazwyczaj bardzo znaczny. W wypadku drugim zaś mniejszy. Jest to wynikiem tego, że przerwaniu ulega mniejsza ilość naczyń i o mniejszej średnicy. Wobec czego kurczący się mięsień rogu łatwiej i szybciej zacisnąć je może. Wydarza się także, że miejsce pęknięcia zamknięte zostanie wprost przypadkowo, mechanicznie siecią, działającą w tych razach jako tampon (B e c k m a n n) lub nawet nie całkowicie urodzonem, niepękniętem a wklinowanem w otwór w ścianie macicy jajem płodowem (M e n g e, C o n r a d).

Drugim sposobem zejścia ciąży w zamkniętym rogu szczątkowym może być obumarcie płodu w rogu bez pęknięcia jego ściany. Przyczyn tego dopatrywać się można w różnych sprawach. Jedni obwiniają o to nienależyte wytworzenie się doczesnej przy równoczesnym nieodpowiednim rozwoju mięśniówki, w której utkaniu przeważa obecność włókien łącznotkankowych (W e r t h). Na skutek tego ściana rogu może nie nadążyć we wzroście jaju a będąc równocześnie dosyć wytrzymałą niepęknie, natomiast na skutek jej ucisku na jajo, obumrze to ostatnie. Sprzyjającym niejako momentem dla omawianego zejścia ciąży w rogu szczątkowym jest niejednokrotnie spotykane przy ciąży w rogu szczątkowym wytworzenie się łożyska rozsianego, które wśród złych dla odżywienia płodu warunków, jakie istnieją w rogu szczątkowym, nie jest dla omawianej sprawy bez znaczenia (W e r t h, H o e h n e). Wreszcie taksamo śmierć płodu mogą spowodować i wylewy krwawe pozałożyskowe (F u c h s).

Trzecią na koniec możliwością zejścia ciąży w zamkniętym rogu szczątkowym, to rozwój jaja o niepowikłanem przebiegu całej ciąży a obumarcie go dopiero w okresie w którym powinienby nastąpić poród (W e r n e r). Taki przebieg ciąży w rogu szczątkowym może mieć miejsce teoretycznie w przypadkach rogu szczątkowego o należycie rozwiniętej warstwie ściennej śluzowej i mięśniowej, które mogą nadążyć rozwojem wzrostowi jaja (W e r t h). W tych to razach grubość ściany rogu szczątkowego odpowiada zazwyczaj w zupełności grubości ściany macicy tego samego okresu ciąży. Odnośnych przypadków poza W e r n e r e m opisano niemałą liczbę, a losy płodu zamkniętego w niepękniętym rogu macicznym z chwilą jego śmierci mogą być rozmaite i nie różnią się niczem od losów płodu niepękniętej ciąży pozamacicznej (mumifikacja, petryfikacja, maceracja i zropienie).

Możliwość tych trzech sposobów zejścia ciąży w zamkniętym rogu szczątkowym macicy, poza teoretycznemi wywodami potwierdza cały szereg spostrzeganych przypadków, których opisy znajdujemy w odnośnem piśmiennictwie. Pamiętać należy jednak o tem, że te typowe, powyżej przedstawione zejścia nie są wcale regułą i że niejednokrotnie przebieg ciąży w zajmującej nas postaci rogu szczątkowego może odbiegać daleko od przedstawionych powyżej; przyczem powstawać mogą mniejsze lub większe wylewy pozałożyskowe, częściowe urodzenie jaja do jamy brzusznej i tem podobne.

Zasadniczo rzecz biorąc, ciąża rozwijająca się w rogu szczątkowym nie jest w ścisłem tego słowa znaczeniu ciążą pozamaciczną, chociaż pod względem swojego klinicznego przebiegu tak dużo z tą ostatnią wykazuje podobieństwa. Leczenie zaś jej nie różni się w niczem od postępowania przy ciąży pozamacicznej i jest właściwie li tylko chirurgicznem o skrajnie zachowawczym kierunku w doborze sposobów operacyjnych, stosowanych w tych razach. Usunięcie jednak pomimo wszystko ciężarnego rogu jest koniecznem w każdym bezwarunkowo przypadku ciąży rozwijającej się w rogu szczątkowym i to tak mającym połączenie ze światłem trzonu, jak i nie.

Nawiązując do spostrzeganych przypadków wspomnę jeszcze pokrótce o ciąży pozamacicznej, powikłanej obecnością rogu szczątkowego. Istnienie równoczesne tych spraw chorobowych obok siebie, nie ulega żadnej wątpliwości a poza innemi i dwa z naszych opisanych przypadków są tego niezbitym dowodem. W obu z nich, jak to z odnośnych opisów chorób wynika mieliśmy do czynienia z ciążą jajowodową, umieszczoną w jajowodzie, znajdującym się po tej samej stronie, po której był i róg szczątkowy. Taki zbieg okoliczności przytrafia się stosunkowo rzadko. W rozdziale dotyczącym omawianej sprawy, pomieszczonym w wyczerpującem dziele H a l b a n a i S e i t z a zaledwo o jednym podobnym przypadku jest wzmianka (G a i s e r). Taksamo nieczęsto spotykamy się przy obecności rogu szczątkowego z ciążą w jajowodzie odchodzącym od rogu głównego (K ö n i g s m a n n). Pod względem klinicznego przebiegu sprawa ta nie przedstawia zasadniczo większego zainteresowania, niemniej jednak z punktu widzenia anatomicznego, jako rzadko spostrzegana zaciekawić musi każdego klinicystę. Wogóle zaś nadmienić należy, że przyczyny powstawania ciąży jajowodowej w tych razach będą takie same, jak przyczyny powstawania jej przy prawidłowo rozwiniętej macicy. Najprawdopodobniej największy ich odsetek przypadnie na niedorozwój jajowodów, towarzyszący zazwyczaj każdemu niedorozwojowi narządów rodnych wewnętrznych kobiety.

Ścisłe rozpoznanie kliniczne ciąży jajowodowej z uwzględnieniem istniejącego równocześnie rogu szczątkowego przed otwarciem jamy brzusznej prawie nigdy uskutecznić się nie da. Niema to jednak większego znaczenia praktycznego dla postępowania w odnośnym przypadku. Musi ono bowiem być tak, czy tak chirurgiczne. Jeżeli ciąża pomieszczona będzie w jajowodzie po tejsamej stronie po której znajduje się róg szczątkowy, to należy wyciąć wraz z jajowodem równocześnie i ten ostatni. Ujemną stroną tego zabiegu będzie częściowe kalectwo chorej, nie unie-

możliwiające jej jednak zajście w ciążę. Jeżeli zaś ciąża rozwijać się będzie w jajowodzie leżącym po stronie przeciwnej rogowi szczątkowemu to sprawa przedstawiać się będzie zupełnie inaczej. Wtedy to bowiem musimy usunąć zawsze jajowód ciężarny a w przeważnej części przypadków koniecznem okaże się także i usunięcie leżącego po drugiej stronie macicy rogu szczątkowego, jeżeli już nie z innych przyczyn, to z obawy by nie stał się on źródłem groźnych w przyszłości powikłań w razie istniejącego połączenia pomiędzy światłem jego a światłem trzonu. (To ostatnie częstokroć dopiero mikroskopowo stwierdzić się daje). Wycięcie zaś jajowodu po jednej stronie, przy równoczesnem braku połączenia tegoż ze światłem trzonu po drugiej stronie, powstałem na skutek istnienia zamkniętego rogu szczątkowego, lub na skutek wycięcia rogu, pozostającego w łączności ze światłem macicy, musi spowodować siłą faktu bardzo daleko w skutkach swoich sięgające kalectwo chorej, uniemożliwiające jej na przyszłość zajście w ciążę. Wobec tego należałoby zupełnie poważnie uwzględnić tą sprawę przy zabiegach wykonywanych we wspomnianych okolicznościach i zastanowić się czy inne postępowanie w tych razach niebyłoby bardziej wskazane, zwłaszcza, że ze względów technicznych sprawa ta nie wydaje mi się być niemożliwą i mogłaby być rozwiązaną przez użycie znanych już zabiegów.

Dwa mianowicie zabiegi plastyczne wchodziłyby tu w grę i to nie jako zabiegi rywalizujące, lecz jako równorzędne, zależnie od warunków anatomicznych z jakiemi w danym przypadku się spotykamy. Mam tu na myśli zabieg plastyczny, podany przez Strassmanna, a mający na celu połączenie światła rogu ze światłem trzonu, mogący znaleść zastosowanie przy niedaleko posuniętym niedorozwoju rogu szczątkowego, oraz zabieg wszczepienia jajowodów (Schaw, Mandelstamm, Unterberger, Pfeilsticker i inni), którym posługiwaćby się należało w wypadkach tych, gdzie ostatnio wspomniany zabieg ze względów technicznych nie mógłby być wykonany. Wtedy koniecznemby było, równoczesne usunięcie rogu szczątkowego, chociażby nawet ten ostatni sam przez się nie dawał do tego wskazania. Rzecz jasna, że nie bez znaczenia dla doboru odpowiedniego postępowania w zajmujących nas przypadkach będzie i stopień rozwoju właściwego trzonu macicy z jakim w danym razie się spotkamy, oraz z niem związany stopień jego zdolności rozrodczych.

Myśl ta, skrajnie zachowawczego postępowania, przy zastosowaniu obu ostatnio wspomnianych plastycznych zabiegów w tych razach nasunęła mi się w toku moich rozważań klinicznych. Teoretycznie jest ona zupełnie uzasadniona, pod względem technicznym, łatwa do urzeczywistnienia, lecz wymaga potwierdzenia w wynikach klinicznych. Bez tego bowiem nie posiada narazie właściwie żadnego praktycznego znaczenia. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jednak, biorąc w rachubę warunki i wyniki kliniczne wspomnianych zabiegów wykonywanych wśród podobnych okoliczności, przypuszczać należy, że słuszność jej powinna znaleść potwierdzenie i w doświadczeniu klinicznem.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisława ADAM-FALKIEWICZOWA. Lwów.

Działanie środka przeciwbólowego „Neokratyny".

Z Kliniki neurologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. H. Halban.

W przebiegu chorób nerwowych środki przeciwbólowe znajdują wielkie zastosowanie ze względu na to, że zarówno schorzenia takie, jak stany zapalne w nerwach, jak i schorzenia opon i mózgu tak zapalne jak i nowotworowe przebiegają najczęściej wśród silnych bardzo i uporczywych bólów. W klinice neurologicznej lwowskiej stosujemy rozmaite środki przeciwbólowe zaczynając w każdym poszczególnym przypadku od słabszych leków względnie dawek, a przechodząc stopniowo do coraz to silniejszych, licząc się z różnem oddziaływaniem chorych, a także z możliwością długiego trwania choroby. Nieraz zmuszeni jesteśmy stosować różne środki, względnie zmieniać je u tego samego osobnika, ponieważ doświadczenie uczy, że niejednokrotnie występuje przyzwyczajenie do środka przeciwbólowego, co może zależeć zarówno od osobnika jak i czasem od środka. Miarą dobroci leku przeciwbólowego jest szybkość i trwałość jego działania, ponadto brak niepożądanych objawów ubocznych i okoliczność, aby chory nie przyzwyczajał się do leku zbyt szybko i przez to stosowanie tego samego środka nie ograniczało się do krótkiego czasu.

Lekiem przeciwbólowym, który posiada w zupełności powyższe cechy jest Neokratyna Dra Kutiaka. W klinice neurologicznej stosowano Neokratynę od dawna; początkowo, gdy można było ją nabyć bez trudności, zastosowanie jej było szersze niż w ostatnich czasach, kiedy, ze względu na to, że nie jest w Polsce rejestrowana, używaliśmy jej tylko w ilościach dostarczonych nam do dyspozycji przez Firmę Kutiak, i to stosowaliśmy tylko u chorych klinicznych a nie ambulatoryjnych.

Celem wypróbowania i zorjentowania się co do działania środka podawaliśmy Neokratynę tylko tam, gdzie zawodziły inne środki przeciwbólowe, w przypadkach bólów bardzo dotkliwych i bardzo uporczywych. Największe zastosowanie miała Neokratyna u chorych, którzy skarżyli się na silne bóle głowy, towarzyszące ogólnemu obrazowi podrażnienia opon mózgowych *(meningismus)* w następstwie nakłucia lędźwiowego, a u których po innych środkach ulga była niewielka albo zbyt krótkotrwała. Przeciętnie już w kilkanaście minut po zażyciu jednego proszka Neokratyny bóle głowy mijały, a działanie rozciągało się na 6—12 godzin, przyczem częstsze było trwanie dłuższe.

W przypadkach guzów mózgu lub surowiczego zapalenia opon bardzo silne i uporczywe bóle głowy ustępowały również na przeciąg 10—12 godzin a nawet na dłużej.

Nerwobóle reumatycznego pochodzenia po Neokratynie ustępowały na kilka do kilkunastu godzin. Bóle przeszywające w przebiegu wiądu rdzenia znikały po Neokratynie na 6—8 godzin. Ponadto równie skuteczne było działanie Neokratyny przy bólach miesiączkowych, bólach narządów jamy brzusznej pochodzenia nieneurologicznego, przy bólu zęba. Wyjątkowo tylko spostrzegano osłabienie działania po kilkakrotnem podawaniu względnie brak dodatniego działania wogóle.

Dla przykładu podajemy kilka przypadków, w których działanie Neokratyny było szczególnie skuteczne:

1. Kobieta A. L. lat 69. Przed 20 laty przeszła operację usunięcia macicy i przydatków z powodu nowotworu. Do kliniki zgłosiła się z powodu bólów wzdłuż całej lewej nogi. Stwierdzono nowotwór V kręgu lędźwiowego z bardzo znacznem zniszczeniem kości, objawową rwę kulszową. Bóle bardzo dotkliwe dokuczały chorej prawie bez przerwy tak w dzień jak w nocy; inne środki przeciwbólowe koiły ból tylko na krótko. Proszek Neokratyny sprawiał ulgę t. j. usuwał ból zupełnie na średnio 12 godzin, często na dłużej jeszcze. Podawano chorej Neokratynę przez szereg dni zawsze z dobrym wynikiem.

2. Kobieta G. K. lat 36. Półtora roku przed przyjęciem do kliniki operowana z powodu raka sutka. Od roku pogarszające się bóle w krzyżach, od miesiąca bóle także w udzie prawem. Zdjęcie roentgenologiczne wykazało zniszczenie przez nowotwór I. kręgu lędźwiowego. U chorej tej przykre bóle krzyżów ustępowały początkowo na całą noc później na kilka godzin po podaniu jednego proszka Neokratyny.

3. Mężczyzna A. A. lat 40. Operowany z powodu nowotworu mózgu wielkości jaja kurzego. Przed operacją, po przybyciu do kliniki cierpiał na gwałtowne bóle głowy. Neokratyna bóle te usuwała na przeciąg 12—14 godzin.

4. Mężczyzna J. M. lat 35. Sekcyjny przypadek guza mózgu. Cierpiał na bardzo silne bóle głowy, które po Neokratynie mijały na średnio 12 godzin.

5. Kobieta S. W. lat 32. Kilkakrotne krwotoki podpajęczynówkowe na tle kiłowem w czasie pobytu w klinice. Po każdym krwotoku niesłychanie gwałtowne bóle głowy. Na kilka innych środków przebiwbólowych reagowała chora słabo, po Neokratynie przerwa w bólach do 10 godzin.

Mimo powtarzania Neokratyny u jednego i tego samego osobnika nie zauważyliśmy żadnego przykrego działania ubocznego. Chorzy przyjmowali ten lek bardzo chętnie, sami często prosili, by dawać nie co innego a właśnie Neokratynę.

Dzięki swym dodatnim własnościom Neokratyna pozostanie nadal w użyciu kliniki.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Medyński Władysław: *„O leczeniu elektrycznością"*. Wydanie drugie. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. 1929 r. Stron 216.

Krótki ten zarys dla lekarzy praktyków o leczeniu elektrycznością, jest podręcznikiem bardzo cennym, gdyż polskie piśmien-

nictwo lekarskie w tym dziale jest bardzo ubogie. Książeczka ta jest tembardziej potrzebna, ponieważ w ostatnich latach leczenie elektrycznością w rozmaitych jej zastosowaniach, zdobyło sobie wielką popularność. Fakt ten zmusza lekarzy praktyków do zaopatrywania się w odpowiednie aparaty, a temsamem literatura z tego zakresu jest poszukiwana.

Możnaby jedynie zastanawiać się nad tem, czy słusznie dał autor książce tytuł „o leczeniu elektrycznością", — skoro umieścił w niej rozdział o leczeniu światłem. W światło-lecznictwie bowiem nie elektryczność leczy bezpośrednio, lecz promienie świetlne o rozmaitej długości. Jeżeli autor stał na stanowisku, że źródłem energji świetlnej jest przecież prąd elektryczny, który pośrednio leczy, — należałoby wtedy rozszerzyć książkę na dział leczenia promieniami Roentgena, Bucky'ego i t. d.

Uwagi te nie pomniejszają wcale wartości podręcznika, który napisany jest jasno, zwięźle, a do tego bogato ilustrowany. Najlepszym dowodem pożyteczności jego jest fakt, że autor musiał w krótkim przeciągu czasu wydać drugi nakład.

Kauczyński (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska, tom IX, zeszyt I—III, za styczeń-marzec 1930: H. Gromadzki: Polska statystyka cięć cesarskich. — K. Wiślański: Zagadnienie czasowej niepłodności. — K. Zaleski: O leczeniu krwią własną zakażeń narządów rodnych. — L. Jaźwiński: O wynikach leczenia raka narządów rodnych kobiecych na Oddziale ginekologicznym szpitala Kasy chorych m. st. Warszawy (1922—1926 r.). — M. Szenwic: O mięśniakach pochwy. — Z. Dobijowa: W sprawie leczenia zapaleń narządów rodnych kobiecych promieniami X. — H. Beck: Rosnera studjum nad konstytucją narządów płciowych kobiecych

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 15, z 13 kwietnia 1930: S. Bończa: Studja biologiczne nad niektóremi surowcami grupy naparstnicy (dok.). — L. Rządkowski: Działanie terapeutyczne płynnej parafiny. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok X, nr. 3, z marca 1930: Wł. Szafran: Dzisiejsza metoda operacyjna — „odcięcie szczytu korzenia" — w świetle badań bakterjologicznych i histopatologicznych.

Przyroda i technika, rok IX, nr. 4, z kwietnia 1930: R. Kuntze: Wspomnienia z ogrodu zoologicznego w Berlinie. — F. Burdecki: Materja — energja. — E. Stamm: Matematyczne machiny. — A. Kosiba. Chmury jako zjawisko atmosferyczne.

Młoda matka, nr. 5, z r. 1930: C. Hoppe: Płaska stopa. — Fr. Richterowa: Czy należy leczyć zęby mleczne. — M. Stopnicka: O odstrzykiwaniu pokarmu. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — P. Baumryter: Wychowawczyni. — J. Dylińska: Matka jako psycholog. — J. Brzózko-Guderska: Ogrodnictwo dla dzieci. — H. Stebelska: Echa wiecu rodziców.

Pielęgniarka Polska, rok II, nr. 4, z kwietnia 1930: T. Kulczyńska: Ś. p. Zofja Komorska-Barnett. — Sprawy zawodowe.

Lekarz wojskowy, rok XI, tom 15, nr. 1, z 1 stycznia 1930: T. Brinckenhoff i J. Dracz: O stosowaniu prądu sinusoidalnego wolnego w przewlekłem zaparciu stolca. — H. Cianciara: W sprawie leczenia cierpień gośćcowych szczepionką „Cutivaccin" Paula. — H. Ciszkiewicz: Złamania górnej nasady kości piszczelowej.

Lekarz wojskowy, rok XI, tom 16, nr. 2, z 15 stycznia 1930: L. Karwacki: Posocznice wywołane przez prątki durowe. — St. Englert: Przyczynek do bakterjoterapji drętwicy karku. — L. Kalina: Gruźlica kręgosłupa. — L. Kessel: Leczenie złamania trzonu kości udowej wyciągiem Steinmanna. — L. Towiański: O powołaniu lekarza wojskowego.

Czystość, rok III, nr. 1, 2 i 3, z r. 1930: M. Granowski: Walka z rakiem. — L. Sobieszczański: O cukrzycy. — Bunge: Zdrowa atmosfera. — M. Grejniec: Partactwo dentystyczne. — St. Michalski: Samochody a życie ludzkie.

Położna, rok III, nr. 4, z kwietnia 1930: C. Uhma: Niedowład macicy i jego zwalczanie. — T. Pisarski: Mięśniaki jako powikłanie ciąży i porodu. — St. Papée: Dobosz nowej pracy. — M. Czeska-Mączyńska: Wędrówka dzwonów.

Nowiny lekarskie, rok XLII, zeszyt 8, z 15 kwietnia 1930: P. Gantkowski: Ś. p. Tadeusz Dembiński. — Br. Dembiński: Ś. p. Tadeusz Dembiński (Wspomnienie pośmiertne). — R. Bernhardt: Pityriasis rubra follicularis complicata, pyodermatide superficiali chronica. Atrophia cutis. — Bajoński: Samoistne pęknięcie macicy w 7 miesiącu ciąży na podłożu nabłoniaka kosmówkowego. — Fr. Łabendziński: Insulina a narząd krążenia. — G. C.: „Noli me tangere" przy pośladkowych położeniach.

Warszawskie czasopismo lekarskie, r. VII, nr. 16 z 17 kwietnia 1930: N. Prylucki: Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrewności złośliwej a terapja wątrobowa. — F. Gleichgewicht: Foetor ex ore i jego leczenia. — N. Zandowa: O powikłaniach nerwowych w ospie i po szczepieniu ospy ochronnem (Streszcz. pogl.). — Z. Szymanowski: Jeszcze w sprawie organizacji państwowej służby zdrowia. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Medycyna warszawska, nr. 8, z 21 kwietnia 1930: S. Dłużewski: O roli układu nerwowego w zjawiskach odporności. — T. Wiśniewski: Krwiak czaszkowy. — T. Ciosłowski: Odczyn Dicka u rodzących. — N. Krąkowska: Przyczynek do ustalenia związku między głuchotą (względnie przytępieniem słuchu) a wadliwym stanem aparatu ruchowego. — M. Zweigbaum: Życiorys ś. p. Dr. E. Lewensterna. — Pamiętniki Alfreda Sokołowskiego.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XII, zeszyt 1—2, z r. 1930: Z. Bohdanowiczówna: Pałeczka durowa w mleku kwaśnem. — G. Gelman: Odczyn wiązania dopełniacza z antygenem gonokokowym w celu rozpoznania rzeżączki i jej powikłań. — M. Kronenberżanka: W sprawie charakterystyki mikroflory przewodu pokarmowego. — A. Borysiewicz: Działanie adrenaliny na ciśnienie tętnicze, poziom cukru i zachowanie się ciałek białych krwi, zależnie od drogi wprowadzenia adrenaliny do ustroju (żyła obwodowa, żyła wrotna, tętnica obwodowa). — H. Brokman i H. Hirszfeldowa: Odczyn maleinowy u ludzi. — J. Landsberger: Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym. — S. Sierakowski i R. Zajdlówna: Oczyszczanie toksyn błoniczych zapomocą ultrafiltracji i strącania w odpowiedniem pH. — J. Czarkowska i St. Blank-Weissberg: Badania nad udziałem pluskwy (cinex lectuaria) w przenoszeniu duru powrotnego. — M. Grzybowski: Zjawiska odpornościowe w kile. — Z. Szymanowski: O zmienności bakteryj.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 14, nr. 11, z 1 grudnia 1929: Fr. Zalewski: Najprostszy sposób bezpośredniego przetaczania krwi. — A. Dolatkowski: Z kazuistyki gruźlicy nerek. — St. Wójcikowski: Przypadek uczulenia anestezynowego. — Fr. Różański: Rozważania dotyczące badania umysłowo upośledzonych względnie chorych przez komisje poborowe. — Z. Neyman: Służba sanitarna podczas wojny polsko-rosyjskiej 1830—1831 r. i 1919—1920 a obecna jej organizacja na czas wojny.

Przegląd chemiczny, nr. 8, z kwietnia 1930 r.: H. Ruebenbauer: Analiza sera owczego wyrabianego w Tatrach. — A. Eiger: O zmianę metod badania cementu. — L. Wasilewski i J. Z. Zalewski: Piec obrotowy do otrzymywania soli glinowych z gliny.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of American Medical Association.

Vol. 94. Nr. 3.

Frank N. Allan i Russell M. Wilder: *Przyczyny nieudanego leczenia cukrzycy dziecięcej.* Rozporządzając bogatem doświadczeniem klinicznem omawiają autorzy sposób leczenia cukrzycy dziecięcej, oraz zastanawiają się nad przyczynami nieudania się tegoż; trzymają się ogólnie przyjętych zasad leczenia.

E. L. Keyes: *Zabieg operacyjny na pojedyńczej nerce z powodu kamicy.* Kazuistyka 6 przypadków.

Frank W. Lynch: *Fibromyoma uteri.* Przegląd 683 przypadków.

Carl Hedblom: *Zniekształcenie klatki piersiowej zależne od choroby płucnej lub opłucnej.* Autor zastanawia się nad przy-

czynami mogącemi wywołać zniekształcenie klatki piersiowej i podaje przykłady spostrzeganych przez siebie przypadków zależnych od 1) *empyema pleurae chronicum,* 2) *tbc pulmonis* względnie *pneumonia chronica.* Podaje leczenie chirurgiczne tych przypadków, polegające na resekcji opłucnej ściennej i dekortykacji płuc, lub na dokonaniu toracoplastyki według Sauerbrucha.

Martin Vorhens: *O rozpoznaniu niektórych, niezwykłych chorób (diverticulum duodeno-jejunale, mucocele appendicis et coeci).* — Kazuistyka 3-ch odpowiednich przypadków, wraz ze zdjęciami roentgenologicznemi.

C. E. Ruth i V. A. Ruth: *Złamania kości udowej w okolicy stawu biodrowego.*

Lloyd Nolaud i H. E. Conwell: *Złamania kości miednicy.* Wyniki leczenia 125 przypadków.

Vol. 94. Nr. 4.

G. J. Thomas: *Gruźlica nerek.* Autor rozróżnia następujące typy (rodzaje) gruźlicy nerek:

1) *albuminuria toxica,* w której stwierdza się w moczu białko, w osadzie zaś kilka ciałek ropnych, bez wałeczków; jeśli istnieje owrzodzenie.— to można znaleźć w moczu prątki gruźlicze;

2) *nephritis subacuta s. chronica;* w moczu białko, ciałka ropne, wałeczki, mogą być prątki w osadzie;

3) *nephritis haemorrhagica;* w moczu białko, krwinki czerwone i wałeczki;

4) skrobiawica nerek.

Zakażenie obejmuje pierwotnie obydwie nerki, ze względu na drogę krwionośną zakażenia. Jeśli jednak w krwiobiegu znajduje się mało prątków, to większość ich może się usadowić w jednej nerce i wywołać w niej destrukcję, podczas gdy w drugiej nerce może prątków być niewiele i mogą ulec otorbieniu, lub wydaleniu na zewnątrz.

Zmiany anatomiczne gruźlicze dotyczą w 75% substancji korowej nerek, w 13% substancji korowej i rdzeniowej, w 11% substancji rdzeniowej. Zmiany w korze rzadko ulegają destrukcji i najczęściej leczą się, pozostawiając mikroskopowe blizny. Zmiany korowo-rdzeniowe i rdzeniowe łatwo i wcześnie prowadzą do rozpadu, dlatego też częściej są spostrzegane przez urologów; zmiany te stanowią 75% gruźlicy nerek klinicznie spostrzeganej.

Duże znaczenie posiada wczesne rozpoznanie gruźlicy nerek. 95% spostrzeganych przez autora przypadków gruźlicy nerek — cierpiało równocześnie na gruźlicę płuc, 5% — przedstawiało pozatem inne cierpienie gruźlicze. Spostrzeżenia te potwierdzają prawo Skody, że gruźlica nerek jest zawsze wtórną zmianą.

Technika badania urologicznego tych przypadków polega na dokładnej analizie moczu, zaszczepieniu moczu świnkom morskim, poszukiwaniu prątków Kocha w moczu (met. sedymentacyjna ewentualnie kultura prątków). Badanie roentgenologiczne we wczesnych przypadkach zawodzi. Duże usługi oddaje badanie cystoskopowe i cewnikowanie moczowodów. W rozpoznawaniu wczesnych okresów posiada duże znaczenie pyelografja, gdyż metodą tą wykazuje się drobne nieraz zmiany po wypełnieniu miedniczek płynem kontrastowym. Do pyelografji używa autor jodku sodu wstrzykując go do miedniczek obydwu.

Obustronna pyelografja jest konieczną, gdyż zmiany w obydwu nerkach są częste (w 57% obserwowanego materjału).

Do próby funkcjonalnej nerek — używa indygokarminu.

Leczenie — w przypadkach zmian, które nie uległy rozpadowi winno być klimatyczno-sanatoryjne przez przeciąg aż do zniknięcia białka i prątków z moczu.

Jeśli jedna nerka wykazuje zmiany destrukcyjne, druga zaś toksyczne lub zapalne, wskazane jest leczenie sanatoryjne aż sprawa zapalna nerki drugiej zatrzyma się i rozwinie się odporność przeciw gruźlicy; potem należy usunąć nerkę ze zmianami rozpadowemi. Zmiana destrukcyjna jednostronna wymaga nephrectomji. Błędną jest rzeczą usuwanie jednej nerki, skoro obydwie przedstawiają zmiany destrukcyjne. Przypadki te nadają się do leczenia sanatoryjnego i nieraz wybitnie poprawiają się. Leczenie gruźlicy nerek nie należy do chirurga, lecz do chirurga i internisty.

S. L. Wang: *O leczeniu tuberkuliną gruźlicy urologicznej.* Tuberkulina nie jest — według autora — właściwym środkiem leczniczym w gruźlicy urologicznej; wskazuje na to wieloletnie doświadczenie lekarskie. Mimoto nie można tuberkuliny pominąć jako środka niemającego znaczenia. Tuberkulina jest czynnikiem pomocniczym w leczeniu tej sprawy chorobowej, a zwłaszcza u chorych, u których nieda się przeprowadzić zabiegu operacyjnego lub też w przypadkach pooperacyjnych. Na 55 przypadków gruźlicy urologicznej leczonej tuberkuliną, (przypadki nienadające się do operacji, lub przed operacją, czy też po operacji), 39 wybitnie się poprawiło, u 8-u stanęła sprawa chorobowa, 7 uległo pogorszeniu, 1 umarł. Chorzy ci poza leczeniem tuberkulinowem brali leczenie lampą kwarcową, leczenie internistyczne, dietetyczne.

A. Soiland i V. N. Meland: *Pracownie radjologiczne w szpitalach współczesnych.*

S. C. Way i S. E. Light: *Melanosis generalisata.* Kliniczny i anatomiczny opis przypadku.

Temple Fay: *Ogólny zanik mózgu pourazowy.* Encefalografja jest metodą, która pozwala oznaczyć stopień i rozległość zaniku mózgu pourazowego. Jest rzeczą ogromnej wagi wykazanie zaniku mózgu, który może nastąpić po lekkim nawet urazie. Zanik ten dotyczy najczęściej płatów czołowych i ciemieniowych kory i powinien być uważany jako zanik z ucisku, zależnego od zaburzenia w mechanizmie wydzielającym płyn mózgowo-rdzeniowy, (występuje wzrost płynu ponadkorowego i wzmożenie ciśnienia). Zastosowany w tych przypadkach (po wstrząsie) drainage krwawego płynu mózgowo-rdzen., oraz leczenie odwadniające zapobiega zanikowi mózgu.

A. W. Adson i G. E. Brown: *O wycięciu piersiowych i lędźwiowych zwojów współczulnych w przypadkach obwodowych schorzeń naczyniowych.* Autorzy polecają ten zabieg w posuniętych przypadkach M. Raynaud *Erytromelalgia* i *sclerodermu* i w *tromboangitis obliterans.*

Louis J. Hirschman: *O objawie służącym do rozpoznania zrostów okrężnicy.* Objaw roentgenologiczny, przy pomocy którego daje się wykazać, że pociąganie przedniej ściany brzusznej wywołuje przesunięcie okrężnicy w kierunku pociągania w razie istnienia zrostu.

E. D. Plass: *Tyłozgięcie macicy jako komplikacja położnicza.*

E. Szczeklik (Kraków).

Piśmiennictwo włoskie.

Pathologica.

1930. Tom XXII, Nr. 461.

Frizzi: *Ichtyosis foetalis et dysthyreoidismus.* W przypadku klasycznej rybiej skóry wrodzonej stwierdził Frizzi szczególną zmianę tarczycy, której budowa mikroskopowa była zupełnie niepodobna do budowy prawidłowej tarczycy płodu, a przypominała budowę gruczołu przytarczycznego, a trochę także budowę przysadki. Powstawanie rybiej skóry pozostaje zdaniem Frizziego w związku z tą nieprawidłowością tarczycy. Inne gruczoły dokrewne nie były w tym przypadku zmienione. Alkoholizm, gruźlica lub kiła rodziców, którym przypisuje się rolę etjologiczną, w powstawaniu rybiej łuski płodu, wywierają prawdopodobnie ten wpływ za pośrednictwem dystrofji gruczołu tarczowego, następującej wskutek ich działania. C.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 29. listopada 1929.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 80.

Prezes odczytuje pismo z Izby lekarskiej o zjeździe w sprawie lekarzy kas w Warszawie i odezwę w sprawie budowy schroniska wdów i sierót po lekarzach.

Kol. Adamowicz przedstawia *4 przypadki bronchografji.*

Doc. Siedlecki wygłasza odczyt p. t.: *„W sprawie patogenezy niedokrwistości złośliwej".*

W dyskusji: Kol. Blasberg mówi że działanie wątroby w niedokrwistości złośliwej nie jest przyczynowe, gdyż nie ma na to pewnych dowodów — jako przykład przytacza insulinę, która działa przyczynowo. Wątroba zawiera hormon, który działa leczniczo na krew, a którego brak wywołuje powstanie niedokrwistości.

Kol. Szczeklik zaznacza, że nie zdaje się być prawdopodobnem by wątroba działała jako hormon w niedokrwistości złośliwej gdyż przez podawanie wątroby usuwa się tylko pewne objawy niedokrw. złośliwej t. j. objawy ze strony krwi, natomiast nie ustępują objawy ze strony systemu nerwowego i żołądka.

Kol. Pelczar: Rozstrzygnięcie co działa przy podawaniu wątroby w *anaemia pernic.* jest trudne.

Co do hormonu jest to pojęcie nieuchwytne, gdyż są tylko nieliczne hormony chemicznie sprecyzowane. Następnie przemawia w sprawie udziału przewodu pokarmowego w niekrwistości złośliwej i o udziale śledziony w tej chorobie.

Kol. Mester zabiera głos w sprawie historji stosowania leczniczego wątroby. Być może że nukleiny są tu czynnikiem działającym.

Kol. Maurycy Landau zwraca uwagę na czynniki konstytucjonal. w niedokrwist. złośliwej. Niema bez achylji niedokrwistości złośliwej. Achylja jest prawdopodobnie *Stigma* ustrojów skłonnych do wystąpienia niedokrwistości złośliwej.

Doc. Siedlecki w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 70.

Demonstracje z kliniki neurologicznej.

Dr. Godłowski przedstawia *przypadek tumoru przysadki mózgowej.*

W dyskusji zabiera głos Prof. Latkowski.

Dr. Brzezicki na podstawie 2 przypadków *encephalitis epid.* z dystonicznemi skręcającemi ruchami oraz postawą przypominającą *opistothonus* i 1 przypadku prawdziwej *dystonii sui generis* omawia zaburzenia odruchu postawnego. Po objaśnieniu od czego zależy odruch postawny i jaki jest prawdopodobnie jego substrat anatomiczny wspomina prace Sheringtona, Rademakera, Magnusa Foix i Thevenarda. Skurcz mięśnia i jego napięcie zależy od podniet i oporów a odruch postawny jest to charakterystyczne wzmożenie napięcia w mięśniach antigrawitacyjnych. Oczywiście odruch postawny zależny jest w wielkiej mierze od innych odruchów. W końcu przypomina swoją teorję o dystonji która ma się składać z trzech komponent: 1) z zaburzenia rozdziału inerwacji tonicznej mięśni autograwitacyjnych, 2) z zaburzenia odruchu plastycznego, i 3) atetozy tułowia. Przy *encephalitis* i starości spotykamy się z hypofunkcją odruchu postawowego, przy *encephalitis* i dystonji, z hyperfunkcją. Dystonja jest też często dysfunkcją odruchu omawianego. Ciekawym jest wpływ suggestji na stany pozapyramidalne co Kol. B. ilustruje na przypadkach które niezwykle łatwo ulegają suggestji i chwilowo się stan ich poprawia. — 2 przypadki dystonji.

Dr. Ślączka przedstawia: a) *Przerzuty po operacji Ca mammae (przerzut w okolicy lamina quadrig).*

b) *Metastazy w mózgu ca mammae inoper.*

W dyskusji zabiera głos Dr. Reiner w sprawie obrazu krwi, który podobny ma być do obrazu krwi w *anaemia perniciosa* — na skutek *carcinosis.*

Kol. Brzezicki podnosi, że przerzuty z *ca mammae* do mózgu są rzadsze niż z części rodnych i kiszki stolcowej. W klinice neurolog. był taki przypadek, który nie atakował substancji mózgowej tylko rdzeń.

Dr. Ślączka w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 11 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 76.

Kol. Powązka demonstruje przypadek *odmy piersiowej samoistnej,* powstałej przy wysiłku fizycznym bez objawów gruźlicy czynnej w płucach i bez jednoczesnego wysięku; po 40 dniach od powstania odmy chory czuł się zupełnie zdrów a płuca fizykalnie i roentgenologicznie, nie przedstawiały odchyleń od normy. Obserwacja potwierdziła przez dobrotliwy przebieg choroby rozpoznanie odmy jako choroby samoistnej. Przytacza literaturę o podobnych przypadkach (177 do r. 1927 zebranych przez Friesdorfa), uwzględniając 6 przypadków opisanych przez polskich autorów, przytacza następnie poglądy na etjologję takich przypadków odmy, skłaniając się w demonstrowanym do przypuszczenia Biegańskiego o wpływie zrostów opłucnowych, dających często rozdęcie pojedynczych partji pęcherzyków płucnych, co może prowadzić do ich pęknięcia — u pacjenta istniał właśnie taki zrost przeponowy prawdopodobnie wskutek przed kilku laty przebytego zapalenia opłucnej urazowego (autoreferat).

W dyskusji prof. Kostrzewski.

Dr. Sternberg z Berlina wygłasza odczyt p. t.: *50 Jahre Gastroskopie.*

Walne Zebranie z dnia 18 grudnia 1929.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 72.

Prof. Wachholz przedkłada uchwałę Komisji Matki, by dla uczczenia zasług Prezesa Prof. Latkowskiego zostawić ten sam Zarząd co roku ubiegłego.

Dokonano wyboru Zarządu jednogłośnie.

Prezes Prof. Latkowski dziękuje za zaufanie jakiem go darzą koledzy wybierając jeszcze raz prezesem. Zapewnia, że będzie się starał w Towarzystwie nadal intenzywnie pracować i prosi kolegów, by zechcieli go poprzeć w pracy naukowej Towarzystwa. Zwraca się z prośbą do Prymarj. Szpit. św. Łazarza by zechcieli brać żywy udział w ruchu nauk. Tow. Lekarskiego.

Prof. Latkowski przedstawia przypadek *pancreatitis chronica in individuo cum cholangitide,* z zajęciem układu chromochłonnego.

Dr. Mester zapytuje, czy u chorego nie ma cukru w moczu.

Prof. Latkowski: Cukromoczu niema, lecz krzywa glykemiczna jest nieprawidłową. W tych przypadkach nie spotyka się nigdy cukromoczu.

Kol. Adamowicz wygłasza odczyt p. t.: *O leczeniu raka energją promienistą.*

W dyskusji Kol. Chudyk zwraca uwagę, że nie jesteśmy w stanie powiedzieć zgóry, które przypadki dadzą poprawę przy leczeniu energją promienistą. Nowotwory o tej samej budowie histologicznej różnie reagują na naświetlanie energją promienistą. Te same nowotwory usadowione w różnych miejscach różnie reagują (podaje przykłady). Nowotwory po wycięciu wycinka skórnego reagują na naświetlanie gorzej niż przed wycięciem. Gdybyśmy przyjęli że nowotwór jest zaburzeniem miejscowem, to możnaby się liczyć z możliwością wyleczenia energją promienistą. Ponieważ jest to choroba ogólna, więc nie można się wiele spodziewać po Roentg.

Kol. Wachtel podnosi zasługi instytutu Roentg. w Paryżu, jednak postępowanie w tym instytucie jest jednostronne. Mówi o stosunku promieni gama do promieni Roentg., które porównuje z promieniami ultrafiolet. i promien. czerwon. Nie sądzi by można w krótkim czasie zastąpić promienie gama promieniami Roentgena.

Kol. Pelczar zastanawia się nad tem czy przy leczeniu raków energją promien. chodzi o działanie ogólne, czy miejscowe. Uważa, że chodzi tu o reakcję podścieliska przy naświetlaniu energją promienistą.

Prof. Wachholz mówi o metodzie zeskrobywania raków łyżeczką i naświetlania energją promienistą, którą to metodę uważa za błąd lekarski. Raki powierzchowne powinny być chirurgicznie leczone. Jedynie raki wewnętrzne powinny być leczone energją promienistą.

Doc. Zubrzycki: Rak szyjki macicznej już w 1/3 początkowo tworzy przerzuty. Dlatego dziwnem jest, że Francuzi mają tak dużo wyleczeń energją promienistą. Mówi o leczeniu chirurgicznem raka szyjki macicznej na oddziale III, a przedewszystkiem w przypadkach, które nie nadają się do operacji.

Prof. Wachholz wyraża zapatrywanie, że indywidualną jest rzeczą, czy nowotwór nadaje się do operacji, czy nie, tak jak to podnosi Doc. Zubrzycki.

Kol. Adamowicz w odpowiedzi: *grattage* w skórnych rakach w szpitalu St. Louis dokonuje się codzień i to bez złych następstw, chorzy znoszą ten zabieg dobrze.

Co do oceny przypadków, czy rak jest *operab.* czy *non operab.* to badanie przypadków w instytucie roentgenol. odbywa się konsyliarnie. Następnie mówi w sprawie wyleczenia raków szyi macicznej i w sprawie działania promieni gama i Roentg. na tkankę nowotworową. Zgadza się z kol. Chudykiem co do rokowania w przypadkach leczenia raka energją promienistą.

Prof. Latkowski zwraca uwagę, że rak występuje u ludzi dysponowanych, te raki które można usunąć nożem, powinniśmy usuwać nożem.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIX Posiedzenie naukowe z dnia 13 grudnia 1929.

Przewodniczy: Kol. Gąsiorowski.

1. Kol. Musiał omawia rzadki przypadek *guza pozagałkowego,* (przeznaczone do druku). Guz wychodził z kości oczodołu, odczyn Wassermana z krwią kilkakrotnie robiony ujemny, dopiero badanie na tenże odczyn płynu mózgowo-rdzeniowego dało wynik dodatni, co wraz z badaniem histologicznem guza, wykonanem po enukleacji, ustaliło rozpoznanie kiły.

W dyskusji: Kol. Rothfeld zapytuje o wynik badania składników morfologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego, tudzież o zachowanie się pola widzenia w drugiem oku. Zdaniem mówcy sprawa chorobowa wyszła albo z osłonki nerwu, albo z opon mózgowych *(lues ad basim),* — proces raczej nabyty, niż odziedziczony.

Kol. Salpeter chciał zapytać o te same dane co przedmówca.

Kol. Naróg: Należy uwzględnić w rozpoznaniu różniczkowem cały szereg nowotworów dobrotliwych, które mogą mieć umiejscowienie pozagałkowe. Wspomina o przypadku jednostronnego wytrzeszczu gałki ocznej z tarczą zastoinową i wyczuwalnym guzem pozagałkowym, który usunął prof. Schramm cięciem wzdłuż brzegu oczodołu, a chorej utrzymano jeszcze pewną bystrość wzroku. Stwierdzono naczyniaka limfatycznego badaniem histologicznem. Następnie omawia przypadek obustronnego wytrzeszczu gałek i obustronnej tarczy zastoinowej u dziecka z guzem wyczuwalnym wzdłuż brzegów oczodołu. Sprawa cofnęła się zupełnie po 2 tygodniach po naświetlaniu radem i Roentgenem.

Kol. Ostrowski St. zaznacza, iż próby biologiczne nie mogą rozstrzygać o rozpoznaniu. W omawianym przypadku, mimo kiły trzeciorzędnej, tak odczyn Wassermanna we krwi, jak i odczyn luetyczny wypadły ujemnie.

Kol. Gąsiorowski: musimy pamiętać o tem, iż odczyn Wassermanna, jak każda wogóle próba biologiczna, może zawieść w pewnym odsetku przypadków. Wynik ujemny nie może wykluczyć kiły. Mówca przytacza obserwacje własne, dotyczące materjału około 60.000 prób krwi, a które wskazują, iż odczyn Wassermanna w 70% wypada ujemnie przy kile utajonej, a mniej więcej 40% w innych okresach i formach kiłowych.

Kol. Mierzecki: W związku z przypadkiem przedstawionym przestrzega przed zbyt pochopnem i niekrytycznem uwzględnianiem t. zw. badań pomocniczych w rozpoznaniach klinicznych. W sprawach nowotworowych stwierdzamy czasami histologicznie zmiany zapaleń, jakkolwiek dalszy przebieg i dalsze badania potwierdzają kliniczny obraz nowotworu. Zawodzi też niejednokrotnie i odczyn Wassermanna. Wspomina o dwóch przypadkach, w których odczyn Wassermana nie był swoisty, jeden przypadek okulistyczny obserwowany wspólnie z Doc. Drem Reissem, w którym kliniczna obserwacja zakwestjonowała wynik odczynu Wassermana, a powtórne kilkakrotne badanie Wassermanna wypadło ujemnie. W przypadku drugim wypadł odczyn Wassermanna dodatnio u luofoba. Brak wszelkich objawów kiłowych nakazał powtórzenie badania serologicznego, badanie to wypadło kilkakrotnie ujemnie. Są to przypadki chorobowe, które obserwował w ostatnich miesiącach.

Kol. Ostrowski T. zwracając uwagę na rzadkość kostnych zmian kiłowych, zapytuje czy są dostateczne dowody na to, iż omawiany proces chorobowy wyszedł z kości.

Kol. Lipiński: Badania własne przekonały mówcę, iż odczyn Wassermanna z surowicą czynną jest znacznie czulszy, niż z surowicą unieczynnioną. Zapytuje, czy odczyn w tej modyfikacji był robiony?

Kol. Zakrzewski staje w obronie badań histopatologicznych, jako ważnego czynnika w odróżnianiu zmian nowotworowych od zapaleń swoistych, a w szczególności od kiły. Jeżeli czasem badania histologiczne zawodzą, to najczęstszą tego przyczyną bywa pobieranie do biopsji skrawków z miejsc nieodpowiednich, w których niema zmian nowotworowych. Wtedy oczywiście histolog nie rozpoznaje nowotworu, lecz mówi zwykle o przewlekłej sprawie zapalnej, ponieważ ona tak często towarzyszy sprawom nowotworowym już to na obwodzie ognisk nowotworowych, już to występuje w samem podścielisku nowotworu, jak n. p. w szeregu raków. Wreszcie w ocenie błędnych rozpoznań histologicznych trzeba wziąć pod uwagę znaną właściwość przewlekłych, a zwłaszcza swoistych spraw zapalnych — wzniecania w tkankach objętych zapaleniem bujania nowotworowego.

Kol. Musiał odpowiadając, stwierdza, iż jeśliby omawiany przypadek był *meningitis luetica,* to dałby on szereg objawów związanych z tym procesem, a których brak był zupełny. Badanie histologiczne wykonywane było kilkakrotnie przed zabiegiem operacyjnym z różnych kawałków guza, — podejrzenia na raka nie było, kiłę rozpoznano dopiero w skrawkach guza po operacji. Odczyn Wassermana robiony był kilkakrotnie zawsze z surowicą unieczynnioną. Oczodół kostny był silnie zniszczony.

2. Kol. Grabowski W. wygłasza wykład p. t.: *Roentgenoterapja nerwobólów.*

W dyskusji. Kol. Rothfeld J. omawiając leczenie neuralgii n. twarzowego, zwraca uwagę na konieczność dobrego rozpoznania i częste omyłki w tym względzie (n. p. ropień w *antrum Highmori).* Skuteczność leczenia promieniami R. zaczyna się dopiero od ustąpienia ostrych objawów, na których usunięciu najbardziej nam zależy, jako środek najlepszy w tych wypadkach stosuje mówca wstrzykiwania alkoholu. W innych neuralgjach *(n. brachialis, ischiadica)* leczenie pr. R. daje dobre wyniki, ale do leczenia tych nerwobólów zresztą czasem i samych przez się, ustępujących, mamy cały szereg innych dobrych środków.

3. Kol. Ziembicki W. wygłasza odczyt pod tytułem: *Deontologja u Hipokratesa.* Skreśliwszy znaczenie Hipokratesa jako symbolu, przytoczył prelegent cały szereg wyjątków z *„Corpus Hippocraticum"* przeważnie we własnem tłumaczeniu, dla zilustrowania zapatrywań, tam zawartych o deontologji i etyce lekarskiej. W treści odczytu pomieścił nadto ustępy z „Deontologji" autora francuskiego Le Gendre, jakoteż z „Aforyzmów" Biegańskiego.

W dyskusji Kol. Pisek W. Zasady etyczne Hipoktatesa przetrwały wieki. O wpływie olbrzymim tych zasad świadczy i to, że medycyna arabsko-asyryjska reprezentowana również w średniowieczu wczesnem przez żydowskiego autora Asaf'a (Asaf Hebraeus, Judaeus) odzwierciedla w swojej lekarskiej przysiędze zasadnicze myśli przysięgi hipokratesowskiej. Starożytni wogóle mieli pojęcie szczytne o zawodzie lekarskim; istniały ponadto ściśle pojęcia o właściwościach wymaganych od lekarza, n. p. zdanie Cels'a: *Chirurgus autem esse debet juvenis aut juventuti propior, oculis acribus, ambidexter, impavidus, immisericors,...*

Z upadkiem kultury, spadło też znaczenie i stanowisko lekarza w społeczeństwie — a i znaczenie całego stanu. Swoją drogą sprawa honorarjów lekarskich, stanowiąca i w klasycznej starożytności przedmiot roztrząsań autorów nie schodzi i w ciągu licznych następnych stuleci z porządku dziennego. Z pierwszej połowy XVI. stulecia pochodzi wiersz (autora: Euricus Cordua — 1525), następujący:

Tres medicus facies habet, unam quando rogatur, angelicam:
Mox erit, cum juvat, ipse Deus;
Post ubi curato, poscit sua praemia, morbo,
Horribilis apparet, terribilisque satan.

Mimo to jednak po wsze czasy szczycił się stan lekarski najwyższem poczuciem etycznem, a żadne niepowodzenia materialne które go w czasie katastrof dziejowych nie oszczędzały — nie zmieniły w niczem zasad ofiarności i miłości bliźniego. Jednym z wyrazów tego poglądu, jest zdanie słynnego lekarza 18-go stulecia Hufelanda zawarte w jego przewodniku lekarskim: *Enchiridion medicum:* („In gefährlichen Fällen soll der Arzt alles wagen selbst seinen Ruf"). W niebezpiecznych przypadkach niechaj lekarz wszystko rzuci na szalę, nawet swoją sławę (sc: aby chorego uratować). Widzimy, że etyka hipokratesowska jest nieśmiertelną, a skromność której od nas żąda mędrzec z Kos znalazła nawet może bezwiednie wyraz w znanej modlitwie Majmonides'a *), także w aforyzmie nowoczesnego klinicysty Schönleina: Pewność orzeczeń lekarskich stoi nieraz w odwrotnym stosunku do doświadczenia lekarza. Mówca kończąc dziękuje prelegentowi za przepiękne przypomnienie nam wzniosłych myśli Hipokratesa.

St. Legeżyński.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia z dn. 18. listopada 1929.
Obecnych 21 członków Twa i 7 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Przyjęto na członków Twa kol. Freytaga Józefa, Klepackiego Witolda i S. Szpiro.

3. Przystępując do sprawy zmiany Statutu Twa, prezes wyjaśnia pokrótce przyczyny, które skłoniły Zarząd do opracowania nowego projektu, zaznacza przytem, że proponowane zmiany polegają przedewszystkiem na wysunięciu naukowej działalności Twa na plan pierwszy, dalej na skreśleniu pewnych paragrafów, nieodpowiadających zadaniom i potrzebom Twa w obecnych warunkach pracy w niepodległem państwie, wreszcie na logicznem ułożeniu całości i nadaniu jej odpowiedniej formy stylistycznej. Następnie prezes odczytuje projekt Statutu; w wyniku dyskusji wprowadzono szereg poprawek i postanowiono na jednem z następnych posiedzeń odczytać raz jeszcze cały Statut, aby doprowadzić go do ostatecznej formy przed przyjęciem go na rocznem zebraniu. Propozycję Dra Jaczewskiego, aby na rocznych zebraniach wygłaszane były krótkie odczyty na tematy ogólno-

*) Z 13 wieku, o czem pisałem przed kilku laty.

lekarskie, mogące zainteresować kolegów wszystkich specjalności — uznano za słuszną i postanowiono w miarę możności wprowadzić ją w czyn. Na tem, z powodu spóźnionej pory, zakończono posiedzenie.

Sprawozdanie z posiedzenia z dn. 4 grudnia 1929.
Obecnych 24 członków Twa i 8 gości.

Dr. Czerwiński przedstawia preparat operacyjny: *kamień pęcherzowy wielkości gołębiego jaja*, z tkwiącą w nim szpilką drucianą do włosów, która leżała w pęcherzu około 2 miesięcy. Chora w 7 miesiącu ciąży, przybyła do szpitala z objawami kamicy pęcherzowej, przy cystoskopji stwierdzono obecność kamienia, który następnie wyjęto przez cięcie od strony pochwy. Dotychczasowy przebieg 3 doby po zabiegu, bezgorączkowy.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia, oraz projektu nowego statutu Twa Dr. Jaworski wygłosił referat p. t.: *„Badania nad funkcją wątroby i dróg żółciowych"*.

W dyskusji zabierali głos Dr. Żurakowski, Dziemski, Moroz i Modrzewski.

Dr. Drożdż referował przebieg choroby pacjenta, który przybył do szpitala z objawami *guza mózgu*, lokalizacji guza nie udało się jednak ustalić. Przy sekcji znaleziono w mózgu trzy guzy, które przy badaniu histologicznem okazały się glejakami miękkiemi.

Kol. Morozowa przedstawiła preparat *sekcyjny i mikroskopowy*.

Sprawozdanie z posiedzenia z dn. 18 grudnia 1929.
Obecnych 21 członków Twa i 5 gości.

Dr. Modrzewski przedstawia preparaty operacyjne: 1) *kamień pęcherzowy wielkości gołębiego jaja* i 2) *kamienie nerkowe ksantynowe małe, twarde, bronzowem zabarwieniem i połyskiem podobne raczej do kamieni żółciowych, niż nerkowych.*

W dalszym ciągu posiedzenia omówiono sprawę prenumeraty pism dla Twa na rok 1930, zakupu książek oraz katalogowania biblioteki, poczem Dr. Drożdż wygłosił referat p. t.: *Cierpienia układu nerwowego przy schorzeniach wątroby*. Streszczenie referatu: wątroba wpływa na układ nerwowy przedewszystkiem, odtruwając produkty przemiany materji, a jako gruczoł dokrewny znajduje się w korelacji z innemi gruczołami i prawdopodobnie wydziela specjalny hormon. Udział wątroby w przemianie materji ma najprawdopodobniej na celu zaopatrzenie ośrodków nerwowych w substancje niezbędne dla wykonywania ich czynności. Nic więc dziwnego, że uszkodzenia wątroby, jak to wykazał doświadczalnie cały szereg autorów, prowadzą do zmian w układzie nerwowym, od lekkich, nerwicowych, do ciężkich psychicznych i mózgowych, jak n. p. psychozy intoksykacyjne, zmiany w zwojach podstawowych i ciele prążkowanem, zmiany w rdzeniu i t. d. Istnieją dwa zespoły chorobowe, gdzie przy schorzeniach mózgu mamy zawsze schorzenie wątroby: są to: pseudoskleroza Westphal-Strümpla i choroba Wilsona. W obu tych cierpieniach występuje schorzenie jądra soczewkowatego i marskość wątroby. Większość autorów odrzuca obecnie teorje, głoszące, że w tych schorzeniach cierpienie mózgu i wątroby zależy od wspólnego czynnika patogenetycznego, jak również, że sprawa mózgowa, jest pierwotna, a schorzenie wątroby wtórne, i przypuszczają, że schorzenie wątroby jest pierwotne, a toksyny wskutek niedomogi wątroby powodują cierpienie ośrodkowe, jak to zostało wyjaśnione we wstępnej części referatu.

W dyskusji nad referatem zabierali głos Dr. Dziemski, Modrzewski i M. Arnsztajn.

Sekretarz: *Dr. Morozowa.* Prezes: *Dr. Modrzewski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich.

(Dziennik Urzędowy Ministerstwa Sprawiedliwości Nr. 14. 1929 r.).

Dokończenie.

§ 24. Przy otwarciu zwłok noworodków należy stwierdzić, czy noworodek urodził się żywy. W tym celu lekarz powinien wykonać t. zw. próby życiowe, t. j. próbę płucną i próbę żołądkowo-jelitową.

Próbę płucną wykonywa się zapomocą rękoczynów, następujących kolejno po sobie ściśle w poniżej podanym porządku:

a) najpierw należy otworzyć jamę brzuszną i oznaczyć przed otwarciem klatki piersiowej, do którego żebra sięga po obu stronach przepona;

b) przeciąć przednią ścianę krtani i tchawicy w linji środkowej, rozchylić brzegi przecięcia i zbadać zawartość ich wnętrza (wziąć je na szkiełka przedmiotowe do zbadania mikroskopowego);

c) otworzyć klatkę piersiową i zbadać, czy płuca wypełniają jej wnętrze, otworzyć worek osierdziowy i zbadać jego zawartość i zachowanie się;

d) podwiązać dolny odcinek przełyku nad wpustem do żołądka i ponad podwiązaniem przeciąć go, poczem wyjąć wszystkie narządy klatki piersiowej w całości z językiem, podniebieniem miękkiem i gardłem. Wrzucić do miski z zimną wodą i zbadać, czy one pływają, czy toną. Następnie należy je wydobyć z wody, oddzielić oba płuca i każde z nich zbadać na wodzie, czy pływa, czy tonie. Potem należy płuca po wyjęciu ich z wody, zbadać w zwykły sposób, rozciąć na właściwą im liczbę płatów i każdy z płatów wrzucić do wody, badając ich zdolność pływania, wreszcie każdy płat rozciąć nożyczkami na drobne kawałki, wrzucić do wody i zbadać zdolność ich pływania nawet po zgnieceniu palcami pod powierzchnią wody.

W razie potrzeby należy odpowiednie kawałki płuc przechować do badania mikroskopowego.

Próbę żołądkowo-jelitową wykonywa się w ten sposób, że wydobywa się ze zwłok noworodka żołądek z dolnym odcinkiem przełyku, podwiązanym nad wpustem i z wszystkiemi jelitami, poczem jelita uwalnia się od krezki, wrzuca się je wraz z żołądkiem do wody i bada, czy narządy te pływają, czy toną, a jeżeli pływają, to czy wszystkie, czy też tylko niektóre ich części. Po dokonaniu tej próby należy żołądek i jelita zbadać w zwykły sposób.

Pozatem w każdym przypadku zwłok noworodka lub płodu, należy stwierdzić również, czy przewód Botaliusza i otwór owalny w sercu są drożne, oraz wykazać obecność jądra kostnienia w dolnej nasadzie kości udowej.

Jeżeli oględziny zewnętrzne wykażą, że zwłoki badane są zwłokami płodu, pochodzącemi z okresu ciąży do 30 tygodni włącznie, to należy wykonać próby życiowe, a oględzin wewnętrznych można w porozumieniu z sędzią zaniechać.

§ 25. Protokół oględzin zwłok składa się ze wstępu i z części opisowej.

We wstępie należy podać czas i miejsce badania, na czyje zarządzenie i z jakiego powodu zostaje ono podjęte, imiona, nazwisko i stanowiska osób, biorących w niem udział, i imię, nazwisko, płeć, wiek, wyznanie i zawód osoby zmarłej.

Część opisowa protokółu powinna zawierać opis całego toku oględzin z wyszczególnieniem wszystkich dostrzeżonych zmian. Opis ten powinien być szczegółowy, choć zwięzły, pisany językiem potocznym, możliwie unikający wyrazów cudzoziemskich i zwrotów, zawierających orzeczenie miast opisu. Nazwy cudzoziemskie i wyrazy, stanowiące orzeczenie, mogą być umieszczane w nawiasach po opisie.

Wszelkie dane, dotyczące rozmiarów i wagi, mogące posiadać znaczenie, powinny być podane w liczbach (centymetry, gramy).

Każdy ustęp części opisowej protokółu, poświęcony jednej jamie ciała, powinien być oznaczony wielką literą lub liczbą rzymską, zaś każdy narząd małą literu w porządku alfabetycznym lub cyframi arabskiemi.

Pozatem do spisywania protokółu mają zastosowanie odnośne postanowienia regulaminu urzędowania sądów apelacyjnych, okręgowych i grodzkich w sprawach karnych (Dz. U. R. P. Nr. 42. poz. 352 z r. 1929).

§ 26. Po ukończeniu oględzin zwłok i złożeniu podpisów pod protokółem jest obowiązkiem biegłego lekarza (lekarzy) wyprowadzić na podstawie wyników oględzin wnioski, zawierające odpowiedzi na pytania, postawione przez sędziego, a mające na celu wyjaśnić przyczynę zgonu, okoliczności, w jakich on nastąpił i t. p. Wnioski te, oparte ściśle i wyłącznie na zasadach nauki lekarskiej, należy umieścić w opinji załączonej do protokółu.

Wskazanem jest rozpocząć opinję krótkiem wyliczeniem najważniejszych wyników oględzin zewnętrznych i wewnętrznych. W poszczególnych wywodach zaś trzeba podać rozpoznania, wyraźnie odróżniając niepodlegające wątpliwości od tych, które się wydaje z pewnym stopniem prawdopodobieństwa. Jeżeli oględziny nie dostarczyły podstaw do stanowczego sądu, należy

to zaznaczyć w opinji, a nie wypowiadać poglądów, niemających dostatecznego uzasadnienia. Język opinji powinien być zwięzły, ścisły i unikający wyrazów cudzoziemskich.

Opinja podpisana przez lekarza biegłego (lekarzy biegłych), w przypadkach zwykłych powinna być doręczona sędziemu możliwie jaknajprędzej, nie później jednak, niż po upływie 3-ch dni. W przypadkach, wymagających dodatkowych badań mikroskopowych lub chemicznych, albo zapoznania się z obszernym materjałem dowodowym i t. d. opinja powinna być doręczona sędziemu nie później, niż w ciągu 4-ch tygodni po dokonaniu oględzin zwłok, o ile sąd nie oznaczy terminu innego.

§ 27. Jeżeli podczas spisywania protokołu i opinji zachodzi rozbieżność zdań lekarzy, biorących udział w danej czynności, to poszczególne zdania powinny być odnotowane.

W takich przypadkach, kiedy zdania lekarzy zawierają zasadnicze rozbieżności, jako też w innych przypadkach, kiedy to sędzia uzna za wskazane z powodu wątpliwości co do prawidłowości protokółu lub opinji — sędzia bądź stosuje przepis art. 137 k. p. k., bądź przesyła na zasadzie art. 138 k. p. k. protokół oględzin zwłok wraz z opinją z innemi niezbędnemi dowodami do Zakładu Medycyny Sądowej, a w sprawach ważniejszych do Wydziału Lekarskiego jednego z Uniwersytetów Państwowych, celem uzyskania ich opinji.

§ 28. Przepisy niniejszego rozporządzenia mają analogiczne zastosowania w wypadkach, jeżeli oględziny zarządza władza powołana do spełniania czynności sądowych w zastępstwie sędziego.

Minister Sprawiedliwości: *St. Car.*
Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski.*

* * *

Z zadowoleniem należy powitać ukazanie się powyżej umieszczonego rozporządzenia w sprawie wykonywania oględzin zwłok, dotychczas musieliśmy posługiwać się nieraz już przestarzałemi zarządzeniami, wydanemi przed wielu laty przez zaborców.

W cytowanem rozporządzeniu zerwano już z fikcją, która dotąd obowiązywała, że sędzia „wykonywa" czynności sądowo-lekarskie, użyto zaś zwrotu „kieruje" temi czynnościami; możeby było ściślej powiedzieć — „zarządza" wykonanie czynności sądowo-lekarskich, gdyż w istocie sędzia kieruje tylko o tyle, o ile wchodzi to w zakres wymagań danej sprawy, niema zaś oczywiście mowy o kierowaniu czynnościami fachowemi lekarza. Do oględzin zwłok zasadniczo powoływany jest tylko jeden biegły, lecz art. 4 zwraca uwagę sędziego, że w przypadkach ważniejszych należy rozważyć, czyby nie było pożądanem powołać więcej biegłych. Według nas, należałoby szczególnie w przypadkach, gdy oględzin zwłok ma dokonać mniej wprawny lekarz, zawsze zarządzać powoływanie i drugiego lekarza, jako znawcę.

W sprawie wyboru biegłych rozporządzenie podnosi, że przedewszystkiem mają być powoływani specjaliści w zakresie medycyny sądowej, w razie ich braku mogą być powołani i inni lekarze.

Jest rzeczą bardzo ważną, że rozporządzenie wyraźnie zaznacza, iż oględziny sądowo-lekarskie zwłok składają się z oględzin zewnętrznych i wewnętrznych (art. 14) i że przy wewnętrznych oględzinach muszą co najmniej być dokonane oględziny trzech jam ciała (art. 16).

Tego rodzaju ujęcie jest ważne, gdyż przy tej czynności nie tylko chodzi o stwierdzenie przyczyny śmierci, lecz nieraz trzeba ustalić, czy zmarły nie chorował na jakie schorzenia, kiedy i co jadł przed śmiercią, w jakim był wieku i t. p. co wszystko będzie możliwem wyjaśnić tylko po przeprowadzeniu oględzin wewnętrznych.

Omawiane rozporządzenie nie zawiera prawie wcale wskazówek co do techniki oględzin zwłok, podaje zaś tylko kierunek badania i na co należy zwrócić uwagę przy oględzinach. Uważam, że takie stanowisko jest zupełnie słusznem, gdyż niedoświadczony obducent chcąc niechcąc musi zajrzeć do odpowiednich podręczników techniki sekcyjnej, doświadczonemu zaś — takie wskazówki nie są potrzebne.

W przypadkach oględzin gdy istnieje podejrzenie na otrucie narządy ciała winne być zabezpieczone do badania chemicznego co najmniej w trzech słojach.

Przy oględzinach zwłok noworodków muszą być dokonane próby wodne — płuca i żołądkowo-jelitowa. Wyraźne zaznaczenie konieczności wykonywania tych prób jest bardzo wskazane, gdyż nieraz ze szkodą dla sprawy były one opuszczane przez lekarzy.

Opinja lekarska musi być złożona sędziemu w ciągu trzech dni, lecz w przypadkach, gdy do wydania orzeczenia będzie koniecznem zapoznać się z obszernym materjałem aktów może być wydaną opinja w ciągu 4-ch tygodni (art. 26).

Wydaje mi się bardzo szczęśliwie rozwiązana sprawa co do otrzymania orzeczenia w przypadkach, gdy sędzia z tych lub innych powodów nie uważa pierwszej opinji za wystarczającą. Otóż — w przypadkach zwykłych kieruje on akta do Zakładu Med. Sądowej jednego z naszych Uniwersytetów, w ważniejszych zaś razach — do Wydziału Lekarskiego jednego z Uniwersytetów. Takie załatwienie ważnej sprawy ponownych ekspertyz gwarantuje wydanie opinji przez specjalistów nawet wtedy, gdy pierwsze badanie było przeprowadzone przez mniej doświadczonego lekarza. Oczywiście, orzeczenie Wydziału należy traktować jako ostateczne (art. 27).

Przy wykonywaniu oględzin zwłok t. zw. sanitarno-policyjnych (zarządzanych przez prokuratora wzg. policję) muszą one być dokonane zupełnie tak samo co do techniki, otwarcia jam ciała i t. p. jak i oględziny sądowo-lekarskie.

W. D.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W sprawie terminu III Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie. Od Głównego Zarządu Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymaliśmy następujący komunikat. Na list wysłany do Zarządu Lekarzy Jugosłowiańskich w sprawie przyśpieszenia terminu zjazdu, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymał od prezesa Komitetu Centralnego Dra Ivković'a list, w którym komunikuje, że po otrzymaniu od nas i od Czechów listów w sprawie przyśpieszenia terminu zjazdu pojechał specjalnie do Splitu zbadać, czyby się nie dało terminu przyśpieszyć. Rezultat tej podróży opisuje w obszernym liście i tłumaczy dlaczego termin nie może być przyśpieszony. Jako dowód podaje, że dlatego, żeby taki zjazd mógł się odbyć, muszą dostać parę statków, które będą służyć dla części uczestników jako mieszkanie i będą w czasie zjazdu stać w porcie Splitu. Bez tych statków Split nie jest w możności dostarczyć mieszkań dla wszystkich uczestników. Statki zaś te mogą być ofiarowane przez dwa towarzystwa okrętowe „Jadranska plovidba" i „Dubrovacka Plovidba" dopiero po 1-szym października. Towarzystwa te dają dwa największe statki: pierwsze statek „Karagjorgje", a drugie statek „Kumanovo", na których może mieszkać około 250 osób. Statki będą służyły jako mieszkania w czasie zjazdu w Splicie i będą obwoziły uczestników wzdłuż wybrzeży Jugosłowiańskich Adrjatyku, które ma 650 kilometrów i wysp Jugosłowiańskich, których jest około tysiąca. Prezes Ivković komunikuje, że byłoby niemożliwe teraz przenosić zjazd w inne miejsce np. do Zagrzebia lub Belgradu (jako miast większych) ze względu na porobione przygotowania. Dr. Ivković bardzo serdecznie prosi, żeby uwzględnić warunki miejscowe niemożności przyspieszenia zjazdu, prosi, żebyśmy przyjechali, że będziemy serdecznie podejmowani, i że wstrzymanie się od uczestnictwa w zjeździe byłoby wielką szkodą i dużym ciosem dla naszych braterskich stosunków słowiańskich.

Wobec powyższego, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce, prosi Szanownych Kolegów, członków Związku Lekarzy Słowiańskich, ażeby już teraz podali do swoich okręgów zgłoszenia na zjazd, który się odbędzie w dniach 4—8 października 1930 r., w celu rozpoczęcia pertraktacyj o paszporty ulgowe i ulgi kolejowe, jak również w celu zawiadomienia Kol. Jugosłowiańskich o liczbie uczestników z Polski. Prezes Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce Dr. med. B. Jakimiak.

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego zawiadamia o dorocznem Walnem Zebraniu Delegatów Związku Przeciwwenerycznego mającem się odbyć w dniu 11 (jedynastego) maja o godzinie 9-ej rano w Warszawie w gmachu Kliniki Dermatologicznej (Koszykowa 82 a). Porządek obrad: 1) Powitanie Zebrania przez Przewodniczącego Zarządu. 2) Wybór Prezydjum. 3) Odczytanie sprawozdania z działalności Zarządu w r. 1928 i 1929/30. 4) Zdanie sprawozdania kasowego za r. 1928 i 1929/30. 5) Zatwierdzenie planu działalności na rok budżetowy 1930/31. 6) Zatwierdzenie preliminarza budżetowego na rok budżetowy

1930/31. 7) Wybór Zarządu na rok 1930/31. 8) Wybór Komisji Rewizyjnej. 9) Zatwierdzenie wysokości składek członkowskich oraz uchwalenie wysokości wpisowego dla nowowstępujących członków. 10) Wolne wnioski.

Walne Zebranie członków Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. na posiedzeniu w dniu 18 marca r. b. upoważniło Zarząd do wystosowania do Władz Uniwersytetu Warszawskiego następującego oświadczenia: 1. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P. piętnuje zajścia w Zakładzie Anatomicznym U. W. uważając je za niegodne murów wyższej uczelni stolicy. 2. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P. stoi na stanowisku, że tylko ustawowe rozwiązanie sprawy dostarczania zwłok może położyć kres podobnym zajściom. 3. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P. uważa za konieczne, aby Władze Uniwersyteckie poczyniły energiczne zarządzenie w tym kierunku oraz aby zapewniły studjującej młodzieży bezpieczeństwo osobiste i spokojną pracę. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P. wzywa wszystkie inne Towarzystwa Lekarskie w Warszawie i w kraju do przyłączenia się do powyższego protestu.

Fundusz referatowy im. ś. p. prof. dr. Aleksandra Rosnera dla organu Tow. Ginekologicznego Warszawskiego „Ginekologja Polska". Fundusz referatowy powstaje: z sumy przeznaczonej corocznie przez Zarząd W. Tow. Ginekologicznego w ilości około 400 zł i umieszczonej w budżecie oraz z ofiar dobrowolnych, zbieranych przez skarbnika Tow. Ginekol. Fundusz ten przeznacza się na nagrodę za streszczenia zbiorowe, uznane i zakwalifikowane do druku w organie Tow. Ginekol. Warszaw. „Ginekologja Polska" przez specjalną komisję przy Tow. Ginekol. Warszawskiem. O powyższą nagrodę ubiegać się mogą wszyscy lekarze polscy.

Regulamin Komisji do przyznawania nagród z Funduszu referatowego im. ś. p. Prof. dr. Aleksandra Rosnera dla organu Tow. Ginekologicznego Warszawskiego „Ginekologja Polska". Komisja składa się z 5 członków: 2 redaktorów „Ginekologji Polskiej", Prezesa i jednego Wiceprezesa Tow. Ginekol. Warszaw., oraz przedstawiciela Kliniki Ginekologiczno-położnicz. Uniwersytetu Warszawskiego. Członkowie Komisji wybierają z pośród siebie przewodniczącego i sekretarza. Uchwały Komisji są ważne w obecności 4 członków. Komisja ocenia streszczenia zbiorowe dla „Ginekologji Polskiej", oznacza wysokość nagrody wedle swego uznania w granicach zakreślonych budżetem. Prezes poleca skarbnikowi wypłacenie wyznaczonego wynagrodzenia autorom wybranych prac przez Komisję po wydrukowaniu ich w „Ginekologji Polskiej". Komisja może pozostawić rezerwę kapitału z roku bieżącego na rok następny. Przewodniczący Komisji ogłasza sprawozdanie z czynności Komisji corocznie na Walnem Zebraniu Członków, które przypada mniej więcej w rocznicę śmierci ś. p. prof. dr. Rosnera.

Z klubu lekarzy polskich. Na ostatniem zebraniu klubu wygłosił referat omawiający sprawy kas chorych w sejmie wiceminister Dr. Hubicki. Prelegent omówił szerzej przebieg kształtowania się opinji i argumenty partji politycznych w sprawie wniosku o votum nieufności dla p. Prystora. Rozporządzając obszernym materjałem przytoczył cały szereg danych ilustrujących rabunkową gospodarkę poprzednich rządów kas chorych. Prof. Szymanowski podniósł w dyskusji szkodliwość rządów komisarskich i bojowych akcji personalnych. Twierdził on, że walka wypowiedziana P. P. S. nie wyjdzie na dobre kasom; należy wprowadzić szereg zmian i ulepszeń, ale nie zaczynać od rug personalnych, dotyczących, zdaniem mówcy, ludzi zasłużonych i bezwzględnie prawych. Zakończył dyskusję prezes klubu prof. Michałowicz dziękując Drowi Hubickiemu za tak cenny aktualny odczyt, oraz podnosząc cywilną odwagę Prof. Szymanowskiego w wysuwaniu drażliwych, jednak tak życiowych, kwestji.

Z Powiatowej Kasy Chorych w Warszawie. Konferencja Naczelnych Lekarzy Dzielnic. Dnia 4. IV odbyła się pod przewodnictwem naczelnego lekarza Powiatowej Kasy Chorych Dr. Nurzyńskiego konferencja naczelnych lekarzy dzielnic w sprawie omówienia i zaopinjowania okólnika ministra Prystora dotyczącego reorganizacji lecznictwa w kasach chorych. W konferencji wzięli udział komisarz kasy Dr. Polakiewicz i Dyrektor Kochanowski. Po szczegółowej, ujmującej specyficzne warunki pracy na terenie powiatu warszawskiego, dyskusji wyłoniono komisję redakcyjną, która opracuje memorjał. W skład komisji weszli: Dr. Nurzyński, Dr. Litwin i Dr. Hoppe. Dr. Polakiewicz stwierdził, że Powiatowa Kasa Chorych już w roku przyszłym będzie w stanie przystąpić do budowy własnego szpitala. W tym celu wg. niego należy wejść w spółkę z sejmikiem.

Kraków.

Dyrektorem Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie mianowany został Dr. Józef Topolnicki.

Z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej komunikują: w marcu uruchomiono na klinice neurologiczno-psychjatrycznej U. J. w Krakowie oddział dla dzieci wyjątkowych, na który przyjmuje się dzieci z wadami charakteru, trudne pod względem wychowawczym. Dzieci te znajdują się pod opieką lekarską i pedagogiczną.

Otwarcie nowego lokalu poradni przeciwgruźliczej. Dnia 11. IV. odbyło się otwarcie nowego lokalu poradni przeciwgruźliczej przy ul. Radziwiłłowskiej 1. Wspaniale urządzony lokal poradni zgromadził liczne zastępy przedstawicieli władz, sfer lekarskich, oraz towarzystw społecznych. Po poświęceniu lokalu przemówił prezes Tow. przeciwgruźliczego prof. Dr. Latkowski. Mówca zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie jakie ma do spełnienia rozszerzona placówka przeciwgruźlicza, utrzymywana przez Towarzystwo, gminę m. Krakowa, Kasę chorych i okr. Związek Kas chorych. Gmina podjęła budowę nowego baraku dla gruźliczych na 40 łóżek, a klinika uruchomiła specjalny oddział dla chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc, co akcję walki z gruźlicą wybitnie ułatwi i wzmoże. Mówca apelował w końcu do najszerszych sfer społeczeństwa, by wpisywały się na członków T-wa przeciwgruźliczego i umożliwiły Towarzystwu skuteczną walkę z tą największą plagą ludzkości. Następnie przemawiał dyrektor poradni Dr. Zamorski zaznaczając, że cyfra 4000 osób zgłaszających się corocznie do poradni jest dowodem, jak bardzo placówka ta jest potrzebną. Poradnia została otwarta w r. 1919 wspomagana zarówno przez czynniki samorządowe, jak i Kasę chorych. Ordynuje w niej stale 5 lekarzy przez 8 godzin dziennie. W razie stwierdzenia gruźlicy, poradnia za pośrednictwem higjenistek bada warunki mieszkalne chorego, otoczenie jego zostaje poddane ścisłym badaniom lekarskim. W razie możliwości przeniesienia choroby na otoczenie, chory zostaje odseparowany i w ten sposób ognisko choroby stłumione. Dr. Zamorski zaznaczył, że wrota poradni są otwarte dla najszerszych warstw potrzebujących pomocy. Po przemówieniu Dra Zamorskiego goście zwiedzili nowy lokal poradni i jej urządzenie. Znajduje się tam również lampa Wessely'ego dla leczenia gruźlicy krtani, darowana przez okr. Związek Kas chorych. Poradnię wybudowano według planów arch. Wacława Krzyżanowskiego.

Obrady Pol. Tow. Balneologicznego. D. 12. IV. rozpoczęły się w Krakowie obrady Polsk. T-wa Balneologoicznego, obchodzącego równocześnie 25-lecie istnienia. Po nabożeństwie w kościele św. Anny, uczestnicy uroczystości zebrali się w auli Uniw. Jag., gdzie nastąpiła inauguracja zjazdu. Z zaproszonych gości przybyli między innymi: wojewoda Dr. Kwaśniewski, prezydent m. Rolle z wicepr. Drem Schneidrem, prezes Polsk. Akad. Umiej. Kostanecki, rektor Uniw. Jag. Hoyer, profesorowie: Wachholz, Latkowski, Szumowski, Piltz i Tempka, naczelnik wydziału zdrowia Dr. Wróblewski, naczelny fizyk miejski Dr. Owsiński, szef sanitarny DOK. Dr. Miziura, prok. Dr. Szwarc, oraz szereg lekarzy uzdrowiskowych z całego kraju. Przewodnictwo obrad objął Dr. Pelczar z Truskawca a do prezydjum weszli Dr. Orłowski z Warszawy, prof. Dr. Rencki ze Lwowa, prof. Dr. Januszkiewicz z Wilna, prof. Dr. Tempka z Krakowa, prof. Dr. Gantkowski z Poznania i t. d. Po wyborze prezydjum przemówił prezes Polsk. T-wa balneologicznego prof. Dr. Korczyński zaznaczając, że organizacja zdrojownictwa w Polsce i podniesienie stanu naszych uzdrowisk leży w interesie gospodarczego rozwoju państwa. Mówca zwrócił uwagę na konieczność powołania do życia instytutu balneologicznego w Krakowie i wyraził nadzieję, że Towarzystwo wejdzie niebawem w porozumienie z przedstawicielami międzynarodowego związku klimatologji i balneologji. Następnie złożył zjazdowi życzenia rektor Hoyer, poczem wojewoda Kwaśniewski podkreślił, że rozwój uzdrowisk polskich przyczyni się równocześnie do poprawy gospodarczej kraju. Wicepr. m. Dr. Schneider wskazał na prof. Dra Dietla, który pierwszy odkrył nieocenione skarby naturalne tkwiące w naszych uzdrowiskach i rzucił podwaliny pod organizację polskiej balneologji. Prof. Dr. Piltz przemawiając w imieniu wydziału lekarskiego podniósł, że euro-

pejskie uzdrowiska, jak Marienbad, Karlsbad, Vichy i St. Moritz, ściągają dlatego zastępy cudzoziemców z całego świata, że pod względem organizacji lecznictwa stoją na wysokim poziomie. Uzdrowiska nasze muszą więc iść w kierunku jak najlepszej organizacji urządzeń, aby rzesze pacjentów wędrujące za granicę zatrzymać w równie dobrych miejscach klimatycznych Polski. Wydział lekarski Uniw. Jag. zabiega niezmordowanie, aby na wszechnicy krakowskiej powstała katedra balneologji i aby w naszem mieście powołano do życia instytut balneologiczny. Następnie przemawiali: Dr. Strzemieński imieniem krakowsko-kieleckiej Izby lekarskiej, prof. Dr. Latkowski im. T-wa lekarskiego, dyr. Wróblewski im. Związku lekarzy państwa polskiego, wizytator Michalski imieniem kuratorjum, przedstawiciele państwowych zakładów zdrojowych i zarządów klimatycznych Krynicy, Ciechocinka i Inowrocławia, T-wa tatrzańskiego, Związku turystycznego, Związku uzdrowisk polskich i t. d. Po przemówieniach powitalnych nastąpiły referaty, poczem uczestnicy zjazdu zwiedzili wystawę balneologiczną w Muzeum przemysłowem. Po referatach naukowych, zjazd poruszył szereg problemów, związanych z naszem zdrojownictwem, poczem uchwalono rezolucję domagającą się od czynników rządowych, samorządowych i społeczych podniesienia uzdrowisk na należyty poziom i utworzenia katedr balneologji na wydziałach lekarskich uniwersytetów, oraz instytutu balneologicznego. W drugiej rezolucji zjazd wita z radością inicjatywę ubezpieczeń społecznych w kierunku tworzenia lecznic, zaś ostatnia rezolucja wzywa Polskie Tow. Balneologiczne do organizowania wycieczek po uzdrowiskach dla lekarzy i studentów medycyny. Zjazd, którego organizacja spoczywała w rękach prof. Korczyńskiego, prezesa Tow. Balneologicznego, zakończył się rautem w salonach prezydenta m. Rollego.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XI. posiedzenie naukowe odbyło się dn. 11 kwietnia z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Barącz, Kol. Schusterówna i Kol. Grycz w zastępstwie Kol. Legeżyńskiego: Przypadek promienicy podstawy czaszki i móżdżku z pokazami preparatów anatomo-patolog. oraz hodowli promieniowców i inne przypadki promienicy. 2) Kol. Barącz: Ciało obce w przełyku (pokaz). W dyskusji zabierali głos Kol. Zakrzewski, Stein, Pisek, Dobrzański.

Ze świata.

Kurs dla lekarzy w Karlsbadzie. Komitet, stworzony ad hoc w Karlsbadzie z inicjatywy Gminy, urządza podobnie, jak w poprzednich latach, kurs dokształcający dla lekarzy — w czasie od 14—20 września. Do wygłoszenia wykładu zaproszono między innymi Prof. Dra L. Korczyńskiego.

Kurs dokształcający dla lekarzy zdrojowych. Związek lekarzy spiskich w Kezmarku urządza w czasie Zielonych Świąt b. r. II. kurs dokształcający dla lekarzy zdrojowych, praktykujących na Spiżu czechosłowackim. Informacyj udziela Dr. Emil Szasz, naczelny lekarz Sanatorjum w Starym Smokowcu (Altschmeks).

VII Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslö. Polski Związek Przeciwgruźliczy podaje do wiadomości, że VII-y Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w roku bieżącym w Oslö w terminie od 12 do 15 sierpnia pod przewodnictwem Prof. Frölicha, Prezesa Norweskiego Związku Przeciwgruźliczego. Posiedzenia odbywać się będą w salach Uniwersytetu w Oslö. Miejsce uroczystego otwarcia Zjazdu będzie podane w następnym komunikacie.

Program prac Zjazdu. — Poniedziałeń, dn. 11 sierpnia 1930 r. — godz. 10 rano. Posiedzenie Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Zwiazku Przeciwgruźliczego. — Wtorek, dn. 12 sierpnia — godz. 10 rano. Posiedzenie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Godz. 12 w poł. Uroczyste otwarcie Zjazdu. — Środa, dn. 13 sierpnia — od godz. 8 m. 30 do 12 m. 30. Referat na temat biologiczny: „Szczepienia ochronne przeciwgruźlicze metodą B. C. G.“. Referent główny: Profesor A. Calmette z Paryża. 10 koreferatów wygłoszonych przez 10 mówców, zaproszonych przez Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. — Środa, od godz. 15 do 17 po poł. Dyskusja ogólna. — Czwartek, dn. 14 sierpnia — od godz. 8 m. 30 rano do 12 m. 30 w poł. Referat na temat kliniczny: „Torakoplastyka w leczeniu gruźlicy płuc“. Referent główny: Profesor Bull z Oslö. 10 koreferatów j. w. — Czwartek, od godz 15 do 17 po poł. Dyskusja ogólna. — Piątek, dn. 15 sierpnia — od godz. 8 m. 30 do 12 m. 30 w poł. Referat na temat społeczny: „Szkolenie w zakresie walki z gruźlicą studentów medycyny i lekarzy“. Referent główny: Profesor Hiss z Berlina. 10 koreferatów j. w. — Piątek, od godz. 15 do 17 po poł. Dyskusja ogólna.

Regulamin posiedzenia. Referenci główni i koreferenci z poszczególnych Związków narodowych są zaproszeni przez Komitet Wykonawczy Związku Międzynarodowego na wnioski poszczególnych Związków lub Rządów. Każdy z głównych referentów ma zarezerwowane 30 minut na wyjaśnienia do swego referatu. Koreferenci będą rozporządzać 15 minutami każdy. Po wygłoszeniu referatów otwarta będzie wolna dyskusja pomiędzy wyznaczonymi koreferentami. Posiedzenia popołudniowe będą zarezerwowane dla dyskusji ogólnej, dostępnej dla wszystkich członków Międzynarodowego Związku, oraz członków Zjazdu, zgłoszonych przez Związki narodowe, albo odnośne Rządy. Stosownie do liczby zapisanych mówców, czas przemówień może być ograniczony do 5 minut. Zgłoszenia do dyskusji popołudniowej winny być zgłaszane za pośrednictwem poszczególnych organizacyj narodowych. Termin zgłoszeń do dyskusji upływa 1 kwietnia. (Do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego winny więc być zgłaszane najpóźniej do dnia 15 marca r. b.). O ile to możliwe, mówcy winni nadesłać pisane na maszynie streszczenia zapowiedzianych komunikatów. Pożądane jest wczesne nadsyłanie, ponieważ głos będzie udzielany w miarę kolejności zgłoszeń.

Główni referenci są proszeni o składanie swoich referatów w biurze Norweskiego Związku Przeciwgruźliczego, albo też w Miedzynarodowym Związku w Paryżu, najpóźniej do dnia 1 lutego 1930 r. ze względu na konieczność przetłomaczenia, wydrukowania, i rozesłania do 10 koreferentów. Do każdego z trzech wymienionych tematów, powołano po 10 koreferentów, przedstawicieli poszczególnych narodowych organizacyj przeciwgruźliczych. Wybór był dokonywany przez Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego na podstawie zgłoszeń poszczególnych organizacyj narodowych. Wszyscy kandydaci przedstawieni przez Polski Związek Przeciwgruźliczy zostali zatwierdzeni i tak więc koreferentem polskim do tematu biologicznego będzie Prof. M. Michałowicz z Warszawy, Przewodniczący Polskiego Komitetu Szczepień Ochronnych Przeciwgruźliczych, do tematu klinicznego — Prof. M. Rutkowski z Krakowa, do tematu społecznego — Prof. W. Orłowski z Warszawy. Koreferenci winni złożyć swoje referaty w miesiąc po otrzymaniu odnośnych referatów głównych, przyczem koreferaty nie powinny przekraczać 1.500 wyrazów, albo w przybliżeniu 3 stron pisma maszynowego. Wszyscy mówcy, biorący udział w dyskusji, winni złożyć podczas posiedzenia, w Sekretarjacie Zjazdu, tekst lub streszczenia swoich przemówień. Sprawozdania z posiedzeń administracyjnych Międzynarodowego Związku będą wydrukowane w „Biuletynie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego“, i po angielsku w specjalnym pamiętniku Zjazdu, wydanym przez Norweski Związek Przeciwgruźliczy. Główne referaty będą wydrukowane w językach francuskim i angielskim, dyskusje zaś w jednym z tych języków, stosownie do wyboru mówcy. Z przyczyn natury praktycznej, dla ułatwienia szerszego zrozumienia, Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy przyjął od 1924 r. języki francuski i angielski, jako języki dla oficjalnych publikacyj i dyskusyj Związku. Postanowiono również uwzględnić dodatkowo w sprawozdaniach język tego narodu, u którego odbywa się dany Zjazd, przyjmując w przemówieniach także i inne języki, zalecając jednak mówcom posługiwanie się raczej jednym z wyżej wymienionych języków, aby większa liczba słuchaczów mogła śledzić przebieg obrad. Udział w Zjeździe mogą wziąć wszyscy lekarze wraz z rodzinami, przyczem wpisowe wynosić będzie 25 koron norweskich od członków konferencji, a 15 koron od członków ich rodzin. Jedynie członkowie rzeczywiści i tytularni Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego korzystają z prawa uczestnictwa w Zjeździe bez żadnej opłaty. Zgłoszenia są przyjmowane jedynie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24. Zgłoszenia Związek przyjmuje począwszy od dnia 1 marca do 15 kwietnia r. b. w biurze Związku w godzinach od 11 do 14-ej. Osoby zgłoszone po tym terminie nie będą mogły korzystać z ulg paszportowych i kolejowych, o które Związek poczyni starania dla uczestników Zjazdu. Ostateczny termin upływa z dniem 1 maja. Po tym terminie żadne inne zgłoszenia uwzględniane nie będą. Przy zgłoszeniach należy wpłacić do związku sumę 70 zł od członków konferencji i sumę 45 zł od członków ich rodzin. Różnica pomiędzy kursem koron norweskich i wymienioną kwotą służyć będzie jako pokrycie kosztów organizacyjnych Zjazdu.